

# 平利县医疗保障局文件

# 平利县发展和改革委员会

平医保发〔2022〕1号

## 平利县医疗保障局 平利县发展和改革委员会 关于印发《平利县“十四五”医疗保障事业 发展规划》的通知

各镇人民政府，县政府各工作部门、直属机构

现将《平利县“十四五”医疗保障事业发展规划》印发给你们，请认真贯彻执行。



平利县医疗保障局



平利县发展和改革委员会

2022年1月6日

# 平利县“十四五”医疗保障事业 发展规划

平利县医疗保障局  
二〇二一年十二月

# 目 录

|                         |    |
|-------------------------|----|
| 平利县“十四五”医疗保障事业发展规划..... | 1  |
| 引 言.....                | 1  |
| 第一章 发展背景与机遇.....        | 2  |
| 第一节 “十三五”主要成就.....      | 3  |
| 一、医疗保险覆盖面不断扩大.....      | 3  |
| 二、医保制度不断完善.....         | 4  |
| 三、医保扶贫成效显著.....         | 5  |
| 四、稳步推进支付方式改革.....       | 7  |
| 五、加强医保信息系统建设.....       | 8  |
| 六、深入开展打击欺诈骗保专项治理行动..... | 8  |
| 七、不断提升经办服务水平.....       | 10 |
| 第二节 困难与问题.....          | 11 |
| 一、基金平衡压力巨大.....         | 11 |
| 二、医疗费用增长较快.....         | 12 |
| 三、新医疗改革推进缓慢.....        | 12 |
| 四、不同的医疗观念产生一定的负面影响..... | 13 |
| 五、基层经办机构亟待健全.....       | 13 |
| 第三节 面临的挑战.....          | 14 |

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| 一、全面落实“新医改”政策任务艰巨.....        | 14 |
| 二、基金收支差距仍然是主要矛盾.....          | 14 |
| 第四节  历史机遇.....                | 15 |
| 一、新型社会保障体系建设为医疗保障提供了坚实基础..... | 15 |
| 二、“新医改”政策指明了医保事业发展的方向.....    | 15 |
| 三、“互联网+医保”创造了医保事业发展新模式.....   | 16 |
| 四、横向联动政策促进了医保事业全方位发展.....     | 16 |
| 第二章  “十四五”指导思想和奋斗目标.....      | 17 |
| 第五节  总体思路.....                | 17 |
| 第六节  基本原则.....                | 18 |
| 一、应保尽保、保障基本.....              | 18 |
| 二、促进公平、筑牢底线.....              | 19 |
| 三、治理创新、提质增效.....              | 19 |
| 四、深化改革、统筹规划.....              | 20 |
| 五、加强监管、优化服务.....              | 20 |
| 第七节  规划目标.....                | 21 |
| 一、完善各项医保制度.....               | 21 |
| 二、抓好基金运行管理.....               | 22 |
| 三、扩面参保全覆盖.....                | 22 |
| 四、建立长效保障体系.....               | 23 |
| 五、推进异地就医直接结算.....             | 23 |
| 六、推行复合付费方式.....               | 24 |

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| 七、建立统一医保信息系统.....              | 24 |
| 第八节 工作重点.....                  | 25 |
| （一）完善基本医疗保险制度.....             | 25 |
| （二）加强基金预算和风险预警.....            | 26 |
| （三）持续深化医保重点领域改革.....           | 27 |
| （四）努力提升基金监管能力.....             | 27 |
| （五）持续提升医疗保障服务能力和水平.....        | 28 |
| （六）健全应急保障机制.....               | 29 |
| （七）加强党的政治建设，以党的建设统领全县医保工作..... | 30 |
| 第九节 保障措施.....                  | 31 |
| 一、加强组织领导.....                  | 31 |
| 二、加强诚信体系建设.....                | 31 |
| 三、推进综合监管.....                  | 32 |
| 四、加强舆情管理和对外宣传.....             | 32 |
| 五、加强医保队伍建设.....                | 33 |

# 平利县“十四五”医疗保障事业发展规划

## 引 言

2021-2025 年是我国由全面建成小康社会向基本实现社会主义现代化迈进的关键时期，也是平利新时代加快追赶超越步伐，推动高质量发展的关键期。“十四五”时期我县医疗保障工作任务十分艰巨，困难与机遇并存。我们要深入贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会以及省委十三届八次全会、市委四届十一次全会、县委十六届十次全会精神，减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定，科学编制和实施全县“十四五”医保事业发展规划。平利县“十四五”医疗保障发展规划以国家医保工作相关法律、法规、政策为依据，按照中央、省、市关于医保事业发展规划的总体部署，通过总结“十三五”时期平利县医保事业发展成就，分析研判医保事业发展面临的形势，确定提出“十四五”时期平利县医保事业改革发展的总体目标、主要任务、工作重点和保障措施，推进全县“十四五”时期医疗保障事业快速健康发展，促进健康平利战略实施，使人民群众有更多获得感、幸福感、安全感。

## 第一章 发展背景与机遇

“十三五”期间，在县委、县人民政府的领导下，在市主管部门的精心指导下，平利县医疗保障事业紧紧围绕满足人民群众基本医疗需求，坚持“完善制度、规范管理”的原则，医保机构基本健全、医保制度逐步完善、覆盖范围不断扩大、基金收支规模持续增长、经办管理服务不断加强、各项待遇水平稳步提高，呈现出“管理规范、监督有力、运行安全、保障适度”的良好局面，为促进经济发展、增进民生福祉、维护社会和谐稳定做出了积极贡献。尤其是2019年2月21日平利县医疗保障局成立以来，紧紧围绕“保障民生”这一目标，坚持迎难而上，积极主动作为，整合职能职责，理顺管理体制，实施了全民参保计划，不断扩大保障覆盖范围，使城乡居民基本医疗保险参保基本做到了应保尽保；坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续的原则，完善医疗保障制度，加快构建了基本医疗保险、大病保险、医疗救助“三重”保障体系；通过严格监督管理，加强协议管理，开展打击欺诈骗保维护基金安全专项活动，严控医药费用的不合理增长，切实减轻了参保人员的医疗费用负担，提高了保障水平；建立了贫困人口大病集中救治和先诊疗后付费结算制度，将贫困人口全部纳入了重特大疾病救助范围，落实了贫困人口参保资助政策；积极支持社会资本进入医疗保险服务领域，与公立医疗机构同等条件纳入定点医药机构进行管理，为参保人员提供多元化的医疗保障服务；以提高全县人民健康为目标，以解决危害健康的主要问题为重点，药品带量采购、支付方式改革、“两病”门诊保障等工作全方位开展，实现了机构改革期间业务

运行平稳有序、基金安全可持续、群众待遇基本保障，得到了上级的充分肯定，为制定“十四五”发展规划打下坚实基础。

## 第一节 “十三五”主要成就

### 一、医疗保险覆盖面不断扩大

“十三五”时期，医疗保障经历了新农合、居民医保到城乡居民医疗保险整合的转变历程。

1. 参保覆盖面：2016 年全县城镇职工参保 11502 人，城镇居民参保 26733 人，新农合参保 186272 人，参保总人数为 224507 人。参加生育保险 7357 人；按照省市安排，2020 年城镇居民医保和新农合整合为城乡居民医疗保险，2020 年全县城镇职工参保 11712 人，城乡居民参保 201489 人，参保总人数为 213201 人。参加生育保险 7656 人。

2. 筹资水平：2016 年我县新农合筹资标准为 570 元，其中个人缴费 130 元，政府补助 440 元，共计征收 10449.72 万元。职工医保基金征收 3600.13 万元，城镇居民医保基金征收 1209.66 万元，当年基金共计征收 15259.51 万元；2020 年我县城乡居民医疗保险筹资标准为 800 元，其中个人缴费 250 元，政府补助 550 元，共计征收 16119.12 万元。职工医保基金征收 6019.01 万元，当年基金共计征收 22138.13 万元。

3. 基金支出规模 2016 年城镇职工医保基金支出 2952.65 万元，城镇居民医保基金支出 971.45 万元，新农合支出 10790.17 万元，当年共计支出 14714.27 万元。生育保险基金支出 71.45 万元；2020 年

全县城镇职工基金支出 4499.14 万元，城乡居民医保基金支出 13831.78 万元，当年共计支出 18330.92 万元。生育保险基金支出 74.08 万元。

## 二、医保制度不断完善

“十三五”期间，进一步完善职工医疗保险制度，稳步提高保障水平，努力减轻重大病患者经济负担。城镇职工基本医疗保险统筹基金最高支付限额从 4 万元调整至 6 万元，大病医疗救助保险最高救助封顶线从 8 万元调整至 40 万元，制定出台了《平利县机关公务员医疗补助办法（试行）》，多措并举大幅提升了职工就医报销保障水平。

按照《安康市生育保险和职工基本医疗保险合并实施细则》，从 2020 年 1 月 1 日起，生育保险和职工医疗保险合并实施，将在职职工生育保险费并入职工医保征收，增加孕产妇 800 元产前检查费，定额生育医疗费通过职工医保信息系统“一站式”结算。

城乡医保制度不断健全，初步实现有机整合。“十三五”期间，先后转发了《安康市整合城乡居民基本医疗保险制度实施方案》《安康市城乡居民基本医疗保险市级统筹办法》《城乡居民医保市级统筹办法实施细则》《安康市城乡居民大病保险实施方案》等制度。按照省市统一安排，顺利完成了新农合、城镇居民医保、大病保险、医疗救助政策和信息系统整合，从 2020 年 1 月 1 日起按整合后统一的城乡居民医保制度运行。

加强制度建设。在专题调研、充分探讨的基础上，相继制定并印发了《关于加强基本医疗保障制度运行管理工作的通知》《关于进一步做好分级诊疗和双向转诊工作的通知》《关于印发“挂床住院”解释的

通知》《平利县城乡居民慢特病病种及判定标准》《关于城乡居民基本医保基金风险防范机制的通知》，并成立了由 19 人组成的医疗保障专家技术组，通过一系列制度的建立，为进一步加强医保工作奠定了基础。

### 三、医保扶贫成效显著

“十三五”期间，我县全力做好医保扶贫工作，紧紧围绕决不让一名贫困群众“因病致贫、因病返贫”这一目标，精准落实各项医保扶贫政策，基本医保、大病保险、医疗救助“三重保障”、县内“一站式”医疗保障政策执行到位，“三重保障”后报销比例均达到 80%以上，建立了重点户住院监测台账，有效解决了贫困人口因病返贫问题。按时完成了项目信息录入工作，全县“两不愁三保障”中“基本医疗有保障”得到了全面落实。县医保局被市委、市政府授予“全市脱贫攻坚工作先进集体”荣誉称号，记二等功。

1. 全面落实参保资助政策。“十三五”以来，始终坚持把建档立卡贫困人口 100%参保作为医保扶贫的底线任务，会同扶贫部门、组织镇村干部逐村、逐户、逐人核实参保状态，及时登记信息，做好身份标识，做到“四个不漏”，即：镇不漏村、村不漏组、组不漏户、户不漏人，织牢参保网，确保建档立卡贫困人口和“边缘户”全部参保缴费。2020 年全县 60165 名建档立卡贫困人员一个不漏，全员参保。组建医保政策宣讲团下沉到乡镇开展医保政策培训会，积极将贫困人口参保及住院报销倾斜政策、分级诊疗政策、“先诊疗后付费”政策、门诊慢性病办理等政策进行宣传，打通医保政策“最后一公里”，不断提升政策知晓率和满意度。

2.精准落实医保报销政策。全面落实基本医保、大病保险、医疗救助三重保障政策,建档立卡贫困人口住院医疗费用经三重保障后政策范围内报销比例控制在 80%—85%。建立了重点户住院监测台账,有效解决了贫困人口因病返贫问题。县域内贫困人口住院结算全部实行“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”,方便群众就医。按时完成 2016 至 2019 年项目信息录入工作,建立“三重保障”定期反馈机制,对患者经过“三重保障”报销疑似未达到标准的予以补齐,同时坚决防止出现过渡保障问题。

3.逐步完善医保扶贫制度。按照省市相关政策规定,逐步完善贫困群众健康扶贫倾斜政策,积极减轻贫困人口个人就医费用负担。2017 年,我县农村贫困人口在县、镇医疗机构住院实行限额内合规费用全报销。2018 年,全县建档立卡贫困户新农合政策范围内的报销比例在原基础上提高 10 个百分点,住院报销封顶线 22.5 万/人/年,大病保险起付线由 1 万元下调到 3000 元,住院费用经新农合基本医保报销后,个人自付合规费用达 3000 元以上的,实行大病保险补助,封顶线 30 万/人/年。2019 年调整医保扶贫政策,将补充医疗保障纳入医疗救助,实施基本医保、大病保险、医疗救助“三重保障”政策,继续落实符合分级诊疗规范的参合建档立卡贫困人口住院合规费用报销比例提高 10 个百分点、确保贫困群众住院政策内报销比例不低于 80%。门诊特殊慢性病年度报销封顶线提高 20%等倾斜政策。2019 年 8 月 1 日起,贫困人口大病保险起付线调整为 5000 元,支付比例提高 5 个百分点,并取消封顶线,住院报销政策内费用调至 80%-85%。2020 年 1 月 1 日起,城乡居民医保整合后,城乡居民自此享受基本无差别的基本医疗

保障。为切实巩固脱贫攻坚成效，制定了《建立防止返贫致贫监测预警和帮扶机制实施方案》，建立了《行业部门动态监测返贫风险户线索反馈核查台账》，常态化开展监测预警和动态帮扶，防止返贫和新增贫困人口。

#### 四、稳步推进支付方式改革

一是按照市上统一要求严格执行国家规定的“三大”目录，及时更新医保系统，指导医药机构做好目录的维护和对应，按照操作规程和政策规定审核目录对应项目。

二是大力推动“4+7”试点扩围工作。全面落实《安康市落实国家组织药品集中采购和使用试点扩大区域范围工作方案》，全面执行中选药品价格。采取经办中心与企业直接结算方式推动中选药品和耗材的采用，由各定点医疗机构与经办中心签订委托支付协议，年终实行一次性清算。群众在县内所有医疗机构可以购买到降价药品，大大节省医药费用。

三是取消医用耗材加成同步调整医疗服务价格，全县所有公立医疗机构从2020年4月1日起取消所有医用耗材差价，按采购价销售，同步调整321项医疗服务项目价格。

四是规范价格管理。理清了2011-2020年十年间的11个医疗服务价格政策文件的执行标准，梳理汇总、编排印制了《平利县医疗服务项目价格》蓝皮书，进一步明确修订规范项目53项，取消项目19项（4项合并项目）收费，有效治理医疗服务价格乱象，规范医疗服务行为，维护医疗市场价格秩序，提高医保基金使用率。

## 五、加强医保信息系统建设

“十三五”期间，我县不断推进信息系统建设，让信息多跑路、让群众少跑腿。2018年1月1日正式上线运行全省统一的城镇居民医疗保险信息系统，实现参保人员在省内以及跨省异地就医住院医疗费用直接结算。推广应用职工大病救助结算和居民慢性病实时结算信息系统。按照市上统一安排，从2020年1月1日起，新农合和城镇居民医保统一整合为城乡居民医保，并按整合后新的医保系统运行。系统集成基本医疗、大病保险、医疗救助结算功能，实现了慢性病、门诊统筹、两病用药系统结算。全县接入信息系统并正常使用的县级医疗机构3家、民营医院2家、镇卫生院11家、村卫生室166家。

加强医疗保障信息化建设。主动对接卫健HIS系统，确保全县统一的城乡居民基本医疗保险信息系统上线正常运行，逐步完成了基本医疗保险、大病医疗救助、公务员医疗补助的上线运行。积极同协作银行开展县本级医药机构终端部署、定点机构信息系统接入、安装、调试等工作，加大宣传推广，积极引导参保群众激活并使用电子医保凭证。积极推进医保业务编码工作，初步建立了县医保部门、经办部门信息维护、授权、工作人员信息上传工作，做好医保信息编码动态维护、更新衔接和落地应用。

## 六、深入开展打击欺诈骗保专项治理行动

“十三五”期间，先后制定出台《平利县开展打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理行动方案》《打击欺诈骗保专项治理行动实施方案》《关于开展定点医疗机构专项治理“回头看”的通知》，成立了由县医保、卫健、市监、公安等部门为成员单位的专项治理领导小组，压实工作

责任，确保工作落实，扎实开展打击欺诈骗保专项行动。2019 年、2020 年连续两年组织开展了“打击欺诈骗保，维护基金安全”宣传月活动，采取多种形式持续加强对打击欺诈骗保工作宣传。发放宣传彩页 5000 余份，张贴宣传海报 1000 余张，定点医药机构利用 LED 屏长期滚动播出宣传标语及举报电话，分镇召开医保基金监管法律法规及医保政策培训会，努力增强人民群众法制意识，积极营造全社会关注并自觉维护医疗保障基金安全的良好氛围。

加强对定点机构履行协议情况的监督检查，建立定点药店准入退出动态管理机制，开展定点药店（诊所）刷售生活用品专项整治和打击欺诈骗保基金专项行动。注重数据分析研判，对住院人数、均数费用增幅较快的进行电话提醒，对基金流向、风险点进行科学研判。始终将打击欺诈骗保作为维护基金安全的有效手段，稳妥有序开展打击欺诈骗保专项行动。共约谈定点医疗机构 1 家，限期整改 2 家，暂停医保服务 13 家，通报批评 18 家，扣拨医保基金共计 1100.86 万元，其中：市级飞行检查扣款 802.68 万元，县级检查、抽查扣款 298.18 万元。加强稽核工作，明确从参保单位、参保个人、两定机构、经办机构四个方面进行稽核，规范了外转住院、外伤住院、两定机构稽核程序。对县外住院患者，通过网络查实医院信息后电话联系医院医保科，查实患者是否住院及票据真实性，共电话稽核 1100 余人次。加强外伤患者核查，掌握第一手资料，提前防止篡改证据、套取医保基金问题发生。两年共稽核 260 余人次，拒付 22 人，挽回基金损失 50.74 余万元。

## 七、不断提升经办服务水平

“十三五”期间，将行风建设贯穿经办服务工作始终，在政务大厅设立经办窗口，为广大群众提供优质服务。为保障农村贫困人口获得安全有效、方便快捷的医疗卫生服务，2018年我县县域内定点医疗机构“一站式”结算达100%，2019年安康市中心医院、安康市中医院、安康市妇幼保健院、安康市人民医院实现“一站式”结算。严格落实县域内各定点医疗机构“先诊疗后付费”要求，及时方便贫困群众入院治疗。

不断深化“放管服”改革，全面梳理政务服务事项，证明材料和手续能减尽减，规范转诊省外就医办理流程 and 备案手续。认真落实异地就诊直接结算政策，推行电话备案、网上备案等备案方式，拓宽异地就医备案渠道。及时拨付异地就医人员医疗费用，提高了异地就医直接结算率。对各定点医药机构的历史欠账予以清算。及时解决来访群众的合理诉求、化解来访群众的不合理要求，做到“事事有回音、件件有答复”。积极配合网信办、行政审批局、信访局做好网络舆情处置。积极配合退役军人事务局做好退役军人医保接续和参保缴费服务工作。

认真落实有关群众办事“只进一扇门”、“只跑一趟路”的办结要求，全面推行首问负责制、服务承诺制、限时办结制、一次性告知制、责任追究制等制度的落实；积极推进基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”。认真落实窗口服务规范，从服务语言、服务态度、行为举止、服务着装及仪容仪表、服务质量和能力要求等方面严格管理，全面提升服务质量，为参保群众提

供优质的服务。医保服务窗口 2019 和 2020 年连续两年获得“优秀红旗窗口”称号，1 人被评为“优秀服务之星”。

2020 年新冠疫情发生后，在县委、县政府坚强领导下，迅速反应、积极应对，迅速吹响疫情防控“集结号”，按照国家医保局提出的“两个确保”要求，紧急预拨县医院 150 万元、县中医院 50 万元专项医保基金，有效缓解了医疗机构医疗费用报销压力。扩大医保支付药品和医疗服务项目，推行“互联网+经办服务”，延长参保缴费时限，为医疗机构腾出精力、放开手脚、全力救治患者提供保障。动员定点药店投入防控工作，规范经营行为，严格落实省市有关疫情防控有关医保政策，做到结算及时、优质服务。

## 第二节 困难与问题

“十三五”期间，我县医保事业取得了长足发展，但根据全县近年来医疗保障工作实际情况的研究分析，我县医疗保障还存在以下问题

### 一、基金平衡压力巨大

2017、2018 年原新农合基金亏空较大，尽管 2020 年县政府下大力气解决拨付 1000 万元填补基金赤字，现在仍然亏空。手术费、药价不断增长，而缴费按照国家统一标准收缴，人们对医疗治病的要求远远高于实际收缴基金的能力，保持基金平衡矛盾突出、任务重、压力大。

## 二、医疗费用增长较快

定点医疗机构过度医疗、过度检查、过度用药现象仍然存在，医疗机构内部管理不到位、不规范，住院标准把关不严，存在小病大治，小病大养、挂床住院现象；医疗机构执行价格政策不严，乱收费、分解收费现象比较普遍。新技术、新药品不断应用于临床医学，极大加快了医疗消费增长速度，医疗报销费用不断攀升。这些突出问题具有很大的隐蔽性和不可预测性，目前还没有一套行之有效的“有病即治、医而不滥、管而不死”的制约办法。因此医疗保障基金安全形势仍然严峻。

## 三、新医疗改革推进缓慢

就我县目前情况看，按病种付费尚未全面推开，部分医院实施的病种少、病例少；医疗机构信息系统对接、疾病诊断和手术操作编码、病历建档等基础工作薄弱，距实施 DRG（一种以疾病诊断为主要分类轴、将住院病人进行分类和分组的方法，根据住院病人患病类型、病情严重程度、治疗方法以及病人个体特征、合并症、并发症、住院转归等因素，将患者分为不同的“疾病诊断相关组”，并以组为单位打包确定价格、收费、医保支付标准等）付费的基础条件有一定的差距。医疗机构执行国家带量药械集中招采工作积极性不高；部分医疗机构控费降价与医保支付、药品目录、药品零加成与药械招标采购改革等在政策衔接、推进步骤、具体措施等方面还需进一步协调完善。我县定点医药机构在门诊、处方、检查、医保核算、报销流程上不统一、

不规范，给全面落实医保政策带来一定的执行难度。

#### 四、不同的医疗观念产生一定的负面影响

平利属于经济欠发达地区，不正确的医疗观念造成隐性基金浪费。农村仍然存在小病不吃药、大病不住院现象，相反城镇却存在小病大治、大病久治的现象。两种倾向、两个极端成为两个难点，前者小病拖成大病，后者无病医成有病，对提高医疗基金使用效率、杜绝减少基金不必要浪费产生一定的负面影响，要实现适度医疗、病有所医的目标需要做大量医改政策宣传教育工作，制定切实可行的实施措施。

#### 五、基层经办机构亟待健全

平利县级医保部门组建成立后，承担全县 23 万余人的医疗保障职责，工作量大面广，人员严重不足，监管经办力量薄弱，“小马拉大车”超负荷运转，不适应医保监管经办服务工作要求。各镇、社区城乡居民医保参保登记工作仍存在无专门的经办窗口和经办人员，农村缺乏专人管理医疗保障业务，“最后一公里”在群众服务、患者就医、药费报销等方面成为空档，势必对全面落实新医保政策带来一定的影响。这些矛盾和问题，也正是“十四五”期间工作的着力点，需要县镇村共同努力去解决，从而推动全县医疗保障事业高质量发展。

### 第三节 面临的挑战

#### 一、全面落实“新医改”政策任务艰巨

目前全县“新医改”并没有完全实现预期目标，医疗保障制度还不完全适应全面提升健康保障水平的要求，与“健康平利”建设目标还存在很大距离。2020年春节集中爆发并延续至今的大规模“新冠肺炎”疫情，进一步暴露了医疗保障方面的短板。主要表现在基层医改推进力度滞后，医疗、医药、医保未统筹推进；基本药物制度需要进一步健全；总额预算尚未启动，超支分担、结余留用的分配政策尚未执行；基层医疗卫生机构服务能力有待大力提升，信息化建设全覆盖有差距，使用操作不熟练；乡村医务人员严重不足，年龄老化，结构不合理，收入偏低，待遇保障及养老不完善，基层医疗卫生监管力度明显不足等问题。“新医改”政策在广大城乡全面落地生根还需做大量工作，任务十分艰巨。

#### 二、基金收支差距仍然是主要矛盾

自2007年城乡居民医保制度实施以来，个人筹资标准从每年10元增加到2020年的280元，中省市县配套标准从每人每年20元增加到550元，筹资标准增长了28倍，但是医保待遇年度增加不明显甚至未增加。2020年由于药品分类报销和起付线调整等方面原因，医保待遇降低较为明显，这严重影响了群众对医保政策的满意度，如何解决城乡居民医保的筹资标准增长过快，异地就医报销程序繁琐，控制费用增长措施有限等问题，其工作量大，涉及面宽，需要由县级政府及

财政部门、医保等部门共同发力。

## 第四节 历史机遇

### 一、新型社会保障体系建设为医疗保障提供了坚实基础

“十三五”期间社会保障体系不断完善，而医疗保障事业在整个社会保障体系中占有重要位置，为医疗保障事业发展提供了有利条件，随着医保事业的快速发展，全民对于医疗保障享有更高水平、更高质量的美好愿望逐步变为现实。国家医疗保障的制度模式、体制和机制进行改革，我县成立了医疗保障机构，将此项工作纳入政府工作的大棋盘中，为医疗保障事业提供了组织领导保证，创造了良好地发展环境和历史机遇，有助于提高医保的管理服务能力，促进医改深化和医药市场的规范和有序发展。

### 二、“新医改”政策指明了医保事业发展的方向

2020年2月25日党中央、国务院正式发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》，提出了“1+4+2”的总体改革框架，指明医疗保障事业下一步的发展思路。中省要求力争到2030年，全面建成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、慈善捐赠、医疗互助共同发展的多层次医疗保障制度体系；健全待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管机制；完善医药服务供给和医疗保障服务支撑。安康市从2020年1月1日起推行落实了市级统筹，制

定出台了市级统筹实施方案和实施细则，初步建立了多层次医疗保障体系，为推动医疗保障事业协调发展提供较为成熟的经验，为落实“十四五”医疗保障规划奠定了坚实的基础。

### 三、“互联网+医保”创造了医保事业发展新模式

2015年3月30日，国务院印发《全国医疗卫生服务体系规划纲要(2015—2020年)》，明确提出积极应用移动互联网、物联网、云计算等新技术，推动惠及全民的健康信息服务和智慧医疗服务，推动健康大数据的应用。2019年9月，国家医保局发布《关于完善“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策的指导意见》，从国家层面部署了“互联网+医疗”工作，为医保事业的发展创造了新模式。互联网医院可以充分发挥数字技术在“互联网+医疗”、慢病管理行业的领先优势，助力医保部门开展智能监管。2020年10月19日，国家医保局正式宣告按病种付费（DRGs）的试点工作将在全国范围内进一步扩大。对于普通患者来说，一些疾病的诊疗费用有望得到进一步合理降低，过度医疗的情况将被进一步限制，同时也对医院方提出了更高的精细化管理要求。“十四五”期间，要以重点人群为重点，从预防、诊断、治疗、慢病管理、健康促进等多环节、全过程，探索数字化的慢病管理服务，着力提高参保人的健康水平，全力打通网上看病就医的“最后一公里”。

### 四、横向联动政策促进了医保事业全方位发展

党中央、国务院高度重视发展社会办医，近年来出台了一系列政策措施，不断深化改革、改善办医环境。2019年6月，国家卫生健康委员会下发了《关于促进社会办医持续健康规范发展的意见》，我县先后将两家民营医疗机构纳入定点管理，有力补充了我县医疗服务空白。

基本医疗保险等社会保障的定点医疗机构实行动态化管理，将更多符合条件的社会办医纳入定点落实部门监管责任、加强医疗质量安全管  
理、建立健全信用体系、发挥行业组织自律作用等措施。强调审批应  
减尽减，清理妨碍公平竞争各种规定做法，为多元化医保事业的发展  
提供政策支持。实施“非禁即入”战略，让医疗服务行为回归正常  
实行医保定点机构动态化管理，促进医保机构公平准入、按规退出  
助推医疗服务价格市场形成机制的建立，积极开展按病种付费管理  
为我县医保事业的发展解决了重点难点问题，进一步促进社会办医持  
续健康规范发展。

## 第二章 “十四五”指导思想和奋斗目标

### 第五节 总体思路

“十四五”(2021-2025年)是在全面建成小康社会、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新征程、向第二个百年奋斗目标进军的第一个五年。“十四五”期间，是平利县建设小康社会的关键时期，又是全县医疗保障事业全面启程、整体发力的第一个五年。我们应把握新情况、适应新形势，抓住新机遇，应对新挑战，推进医疗保障能力和水平全面提升，让广大人民群众共享改革成果。我县医疗保障事业发展的基本思路是：以党的十九大、十九届二中、三中、四中、五中全会精神为指导，坚持“3235”工作思

路，即坚持“全覆盖、保基本、可持续”的三个原则，织密织牢全民医疗保障网，紧紧围绕“强化基金监管和提升经办服务”两大主题，处理好“人民健康、医疗发展，医保可持续”的三者关系，以“参保扩面、支付方式改革、风险管控、完善信息系统、加强队伍建设”五个工作重点，建设人民满意的医保。一是做好参保缴费工作，建立完善税务医保部门互联互通协调机制，地方政府主抓、税务主责、部门配合、应保尽保；二是深化支付方式改革，建立基本医疗保险基金总额控制下的以病种付费为主的多元复合付费医保支付机制；三是加强基金监管，建立基金监管长效机制，检查监督常态化，检查手段智慧化，检查程序法治化；四是建设智慧医保，加强医保信息化建设，加强医保信息与医院的信息互联互通，完善医保信息系统的智能审核和智能监控，做到提前预警，风险可控，进一步提升医保经办服务效率，更加方便参保人群的就医购药；五是加强队伍建设，提升人员综合素质。围绕建设健康平利，完善健康细胞示范建设，努力实现“十四五”医疗保障的奋斗目标！

## 第六节 基本原则

### 一、应保尽保、保障基本

认真贯彻执行国家医保局、财政部、国家税务总局关于《加强和改进基本医疗保险参保工作的指导意见》（医保发〔2020〕33号）文件。基本医疗保障依法覆盖全民，从“广覆盖”走向“全覆盖”，从“制

度全覆盖”走向“人群全覆盖”。我们必须把人民群众的获得感、幸福感、安全感放在第一位，让各类人群均有享受医疗保障的机会，针对低收入群体、灵活就业人员等参保困难群体，进一步扩大医疗保障覆盖面，提升医疗保险参保率，努力消除城乡居民参保死角，实现人人享有基本医疗保障的目标。

## 二、促进公平、筑牢底线

强化制度公平，逐步缩小待遇差距，将医保改革和发展作为重要的民生工程，既要突出保障基本，做好普惠性、基础性、兜底性的民生建设，又要引导人民群众合理预期，不吊高群众口味，坚决纠正过度保障行为。一方面要稳步提升医疗保障待遇水平，与人民群众的美好生活需求和共同富裕目标相一致。科学确定筹资水平，均衡各方缴费责任，加强统筹共济，确保基金可持续。完善医疗保障待遇调整机制，建立医疗保障与经济社会发展动态协调机制。另一方面，做好防止因病返贫致贫常态化监测工作，有效衔接乡村振兴，筑牢医疗保障兜底性扶贫底线，做到尽力而为，量力而行。

## 三、治理创新、提质增效

2020年12月，国务院常务会议通过《医疗保障基金使用监督管理条例》，自2021年5月1日起执行。《条例》坚持以人民健康为中心，确定医保部门、定点医药机构、参保人员等的权责，规定按照便民原则，强化医疗保障服务，及时结算和拨付医保基金，提高服务质量要求加强监管和社会监督，严禁通过伪造、涂改医疗文书或虚构医药

服务等骗取医保基金，对违法违规行为通过责令退回资金、暂停医保结算、罚款、吊销定点医药机构执业资格等加大惩戒，管好用好医保资金，维护群众医疗保障合法权益。我县要在强化政府保障和改善民生主体责任基础上，引导市场发挥资源配置的决定性作用，突出资源整合、共建共享，提高政府的服务效率，增强医保治理社会化、法治化、标准化、智能化水平。明确医保、卫健、市监、公安、财政等部门医疗保障主体责任，相互协调、互相补充、各司其职，形成全社会协同推进的良好格局。

#### 四、深化改革、统筹规划

围绕医疗保障治理现代化建设目标，发挥县医疗保障局在政策指引、体系建设、组织协调、基金监管等方面的主导作用，统筹推进全县医疗保障改革工作。运用新理念、新机制、新方法、新技术提升医保治理能力和水平，推动医疗保障各相关主体与不同项目之间的协同发展，实现政府、市场、社会等多元主体相互补充、协同参与，促进城乡、区域之间医疗保障的融合发展。同时要把握改革节奏、力度处理好社会稳定、收入增长、药费支出的关系。准确把握现状，深刻剖析症结，深化药品集中采购和使用、治理高值医用耗材、医疗服务价格、医保支付方式改革，增强改革的系统性、整体性、协同性。

#### 五、加强监管、优化服务

管理和服务不是对立的，而是辩证统一的，寓管理于服务之中。坚持一手抓基金安全监管，织密扎牢医保基金监管的制度笼子，着力

推进监管体制建设，以零容忍的态度严厉打击欺诈骗保行为，确保基金安全、有效使用；一手抓服务质量提升，坚持以人民为中心的服务理念，落实保障待遇、规范服务事项、强化窗口管理，持续开展医疗保障系统行风建设，不断提高医疗保障公共服务水平。以群众满意度作为衡量工作的标准，千方百计把服务流程设计得更方便，把管理变得更加人性化，尽量让群众少跑腿，让数据多跑路，为群众提供更加优质满意的服务。随着医疗保险覆盖面的扩大，积极扩大社区卫生服务机构定点范围。允许各类为社区提供基本医疗服务的基层医疗机构（包括社区卫生服务中心和社区卫生服务站，以及门诊部、诊所、医务所（室）等机构）申请医疗保险定点服务，基本医疗服务和药品使用范围，执行物价部门制定的社区卫生服务和药品价格管理办法，建立规范的公共卫生与基本医疗服务财务管理制度，管理人员及医务人员掌握医疗保险的各项政策规定，凡具备医疗保险信息管理要求的基本条件，及时向社会公布取得定点资格的社区卫生服务机构名单，供参保人员选择。

## 第七节 规划目标

### 一、完善各项医保制度

树立“以人民健康为中心”的工作理念，综合考虑未来五年全县医疗保障事业发展趋势和条件，“十四五”期间我县医疗保障事业的总体目标是：建立动态调整的城乡居民医保筹资机制，促使医保基金稳

步增加；采用以总额付费为主的多元化支付方式改革，完善基本医疗、医疗救助各项医保制度，进一步提高保障水平，减轻群众就医负担；保障医保对象支付比例逐年增加；不断完善体制改革，健全医疗服务价格和成本控制机制、建立医保基金有效使用和风险防范机制，提高医疗保险管理服务水平；全面开展重特大疾病医疗救助工作，对救助对象参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分给予补贴；对特困救助供养人员给予全额资助；对于最低生活保障家庭成员给予定额资助；患有重大疾病、慢性病需要长期门诊治疗的，经基本医保报销后，个人及其家庭难以承担的符合政策规定的门诊医疗费用给予补助；建立高效有序的卫生服务体系，推动全县医疗卫生、医养健康、医药产业发展，实现建设“健康平利”战略目标。

## 二、抓好基金运行管理

医保基金是人民群众的“看病钱”、“救命钱”，确保医保基金安全、收支平衡是医保部门的首要职责，要把加强医保基金监管列入医保部门首要政治任务，持续堵漏洞、强监管、重惩罚，提高医保基金的安全性和有效性。严格按照《医疗保障基金使用监督管理条例》监督管理全县医疗保障基金，建立健全医疗保障基金安全防控机制。系统推进医保基金治理，到 2025 年定点医药机构现场检查覆盖率达到 100%，医保基金支出增幅控制在 10%以内。

## 三、扩面参保全覆盖

提高保障水平，减轻群众负担。根据省市政策规定，提高医疗保

险基金最高支付限额，逐步提高政策范围内的住院费用报销比例、扩大门诊费用报销范围。到 2025 年全县城乡居民参保率达 95%以上，住院报销比例和门诊报销比例达到政策规定的范围。建立与平利县情相适应、与各方承受能力相匹配、与基本健康需求相协调的筹资机制切实加强基金运行管理，加大风险预警和防范力度，坚决守住不发生系统性风险底线。

#### 四、建立长效保障体系

“十四五”期间，健全医疗保障体系，职工医保、城乡居民基本医疗保险，分别覆盖不同群体，构成基本医疗保障体系的主层次；继续推进多层次医疗保障体系建设，完善基本医疗保险、大病保险、医疗救助之间的政策衔接；建立医疗救助长效机制，逐步扩大救助范围，提高救助幅度，形成精准施策、分类管理、分档救助的政策体系；推进补充医疗保险和商业健康保险，满足群众更高的、多样化的医疗需求。到 2025 年医疗救助政策落实率达到 100%。探索建立长期护理险，健全医疗保障体系。坚持以人民健康为中心，探索建立适应我县情况的长期护理保险制度，从职工基本医疗保险参保人群起步，重点解决重度失能人员基本护理保障需求，优先保障符合条件的失能老年人、重度残疾人。

#### 五、推进异地就医直接结算

建立和完善城镇职工和城乡居民跨省异地就医直接结算运行体系，异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员和异

地转诊人员全部纳入范围。重点解决农民工流动就业人员基本医疗保障问题，跨地区转移接续问题，探索异地就医就地结算的办法。不断扩大异地就医结算业务种类，在实现住院费用直接结算的基础上，将门诊特殊疾病、门诊大病和门诊统筹医保业务纳入省内或跨省直接结算，实现个人账户普通门诊和药店购药省内或跨省结算。

## 六、推行复合付费方式

全面执行医疗机构的总额预算管理，综合考虑物价水平、医疗消费行为、总额增长率等因素，动态调整医保基金总额控制指标和支付标准。健全经办机构与医疗机构协商谈判机制，实现医疗质量、协议履行绩效考核结果相挂钩。合理科学确定病种付费标准，鼓励医院积极开展病种付费。稳步推行按疾病诊断相关分组付费，建立以疾病诊断相关分组技术为支撑的医疗机构诊疗成本与疗效评价体系。精神类疾病、住院康复等长期慢性病实行按床日付费，全面推行多元复合式医保支付方式。

## 七、建立统一医保信息系统

根据国家关于医疗保障事业发展“十四五”规划及国家、省医疗保障统一平台规范标准、安康市医保局“十四五”重点工作规划，按照“平稳过渡、急用为先、分步实施”的指导原则，推进互联网+医保应用，搭建平利医保公共服务平台。针对参保单位、医保定点医药机构及其工作人员、各类参保人员、药品和医用耗材生产和流通企业等通过建立统一的信用评价系统，对震慑违规、欺诈骗保、虚假交易、

伪造记录、非法渠道购销药品、商业贿赂、价格欺诈、价格垄断以及伪造、虚开发票和票据等违法违规行为，进行统一的信息化管理。到2025年医疗保障服务体系的自动化、信息化、标准化全面提升，让人民群众享受到更加透明、更加便捷的医保服务。

## 第八节 工作重点

### （一）完善基本医疗保险制度

1. 落实基本医疗保险制度。严格执行现行医保市级统筹政策，按照覆盖范围、筹资标准、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理“六统一”要求，不折不扣落实政策。在县域内继续执行“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”，推动医疗保障各项制度健康协调发展。

2. 健全大病保险运行机制。按照安康市医疗保障局大病保险相关政策，采取降低起付线、提高报销比例、取消封顶线等政策措施，调整补助标准，加大倾斜力度，明确城乡居民大病保险报销标准。

3. 落实城乡医疗救助政策。进一步完善医疗救助经办流程，加大对患者重特大疾病造成家庭生活困难人员的救助力度，充分发挥医疗救助的托底保障作用。贯彻落实《陕西省医疗救助管理办法》，将特困供养人员、最低生活保障对象、低收入救助对象、特定救助对象纳入门诊救助、基本住院救助和重特大疾病救助。严格按照安康市城乡居民基本医疗暨大病保险政策的报销比例报销，结合省、市政策规定细化“十四五”期间医疗救助政策与“十三五”期间医疗救助支持健

康扶贫政策，确保平稳过渡和有效衔接。

4. 执行医保药品目录管理政策。根据国家、省市统一部署，贯彻落实医保药品目录动态调整政策，做好各项政策落实，尤其是治疗癌症、罕见病、慢性病和儿童病等更多救命救急的好药，及时纳入医保支付范围。

## （二）加强基金预算和风险预警

1. 建立稳定可持续的筹资机制。认真执行筹资相关政策，遵守医保基金筹资的基本原则，发掘更多的筹资来源和筹资对象，争取群众缴费参保全覆盖，配套资金及时到位，积极完成上级下达的筹资目标任务。

2. 加强医疗保险基金预算管理和运行分析。健全完善县医保基金运行月报、季报、半年报、年报制度，做好基金运行分析。进一步完善医保基金预算编制和管理办法，树立预算在基金管理中的核心地位，提高预算编制质量，增强预算执行约束力，实现医保基金安全运行可持续。

3. 加强对基金运行的动态监控和风险预警。建立监测预警信息动态管理机制，确保监测风险点全面化解；建立基金风险定期评估制度，对存在风险进行分析评估，对医保基金运行进行实时监控和预警；建立医疗保障基金监管联席会议制度，构建多部门协调联动、齐抓共管、信息共享、结果共用的工作机制，强化事前、事中监管，不断提升医疗保障基金监管水平，确保医疗保障基金安全运行和可持续发展。

### （三）持续深化医保重点领域改革

1.深化医保支付方式改革。全面推进总额控制下的按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。规范医保总额控制、病种付费、按床日付费、按人头付费等多种医保付费方式，健全完善以总额控制为基础，按病种付费、按人头付费、按床日付费等多元复合式医保支付方式改革。积极推进按病种付费，全面落实居民 119 个、职工 111 个单病种付费规定。

2.做好药品集中采购和试点扩围工作。落实医保基金预付、垫付等保障措施，按时完成采购任务，确保群众真正受益，让改革成果惠及广大群众。

3.规范门诊“两病”和门诊慢特病管理。对全县城乡居民“两病”和门诊慢特病人员进行分类统计，建立台账。做好门诊特殊慢病筛查、鉴定和办证工作。协调配合卫健部门指导基层定点医疗机构规范“两病”和门诊慢特病管理，做到科学治疗，使医保基金发挥最大经济效益和社会效益。

### （四）努力提升基金监管能力

1.加强经办能力建设。加强县镇医保经办机构业务培训，提高工作人员素质和抓落实的本领，进一步提升参保单位、群众获得感和满意度。

2.持续开展打击欺诈骗保专项治理行动。认真贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，始终保持打击欺诈骗保的高压态势。加强

对欺诈骗保行为的打击力度。对检查出欺诈骗保行为实行“零容忍”，加强对欺诈骗保线索的发现和受理，建立线索督办和查处反馈制度。加强部门信息共享和联合执法，严厉惩处欺诈骗保，尤其是医疗机构内外勾结的欺诈骗保行为。

3.加强定点医药机构协议管理。建立医疗机构、医务人员、参保人员医保信用管理机制，积极推动将医保领域信用管理纳入社会公共信用管理体系。完善定点医药机构医保协议内容，健全完善退出机制。

4.加强依法行政、依法管理能力。国家医保局相继制定并发布了医保基本药品目录、医保定点医疗机构、定点医药机构管理办法（即1、2、3号令），标志着医保法制建设进程在加快，要严格按照中、省、市规定的执法目录，加强定点机构监督检查，提高医保管理水平。规范定点医药机构管理，强化服务协议执行力。加强执法监督检查，依法行政、亮证执法，用好两随机一公开等检查方法，用足用好协议管理、行政处罚等惩处手段。严格规范医保基金监管执法行为，提高依法行政能力。

### （五）持续提升医疗保障服务能力和水平

1.加强镇村医保组织体系建设。建立健全从县到镇村“双线两员”医保组织管理体系，“双线”是：一条线是：县医保局’各镇党委、政府’镇社保站’村委会。另一条线是：县医保局’县级医疗机构’各镇卫生院’村卫生室。“两员”是：医保政策宣传监督管理员（镇社保站工作人员、驻村队伍等）医保政策执行宣传员（县级医疗机构和镇卫生院全体医护人员、村卫生室负责人、村医），将医保管理的触角延

伸到村，两条线协同推进，通力协作，全面落实医保政策，加强医保管理。

2.深化“放管服”改革。全面实施“好差评”制度，严格落实医保政务服务事项清单，科学编制办事指南，创新便民服务举措，推行使用文明用语，标准化开展政务服务。

3.推进医疗保障政务服务和业务办理模式改革，落实“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策，开通微信公众号和手机APP端的医保个人缴费信息查询、消费推送、异地就医备案等服务，对各类审核、审批、准入、备案等事项实行全领域、全流程的“网上办理”，实现“线上办、一次办、即时办”，利用互联网和移动终端，提供“不见面、零距离”服务。

4.加强医保信息化建设。加大医保电子凭证推广使用宣传力度开展多层次宣传，引导参保群众完成医保电子凭证激活。持续推进医保编码工作，按照省、市医保业务编码贯标工作时间节点，依次做好医保业务、结算病种、诊疗项目等业务编码维护和对标工作，确保业务编码统一、数据质量准确。深入推进异地就医结算。按照上级部门的要求，不断扩大异地就医结算业务种类，积极推进省市门诊慢特病互联网结算，简化结算流程。

## （六）健全应急保障机制

健全应对自然灾害、传染病疫情、安全生产、社会治安、突发药物事件等医疗保障服务应急保障机制，按照上级要求，即时调整医保定额、加大支付比例、制定药品应急供应等措施，提升医疗保障应急

能力。

### （七）加强党的政治建设，以党的建设统领全县医保工作

1. 始终把政治建设摆在首位。学习习近平新时代中国特色社会主义思想和习近平同志关于医疗保障工作重要论述，强化思想引领，提高政治站位。组织开展党员干部理想信念教育，创新学习形式和载体，强化干部队伍理论武装，激励广大党员干部奋发有为，谱写医疗保障事业新篇章。

2. 加强党风廉政建设。夯实党风廉政建设主体责任，认真执行“一岗双责”，严格落实中央八项规定精神，持之以恒纠正“四风”，坚决反对形式主义和官僚主义，切实为基层减负。建立并严格执行民主决策机制，严格落实医保基金监管问责与激励机制，加强对廉政风险点的监督与制约，从严教育管理监督党员干部。

3. 持之以恒抓好作风建设。深入学习贯彻《中国共产党纪律处分条例》，严格落实中央八项规定及其实施细则精神，抓好纪律教育。从严管理干部，深化运用监督执纪“四种形态”，抓早抓小，抓细抓常。严格落实医保基金监管问责与激励机制，认真排查和防范医保工作风险点、岗位廉政风险点，盯住待遇审核、医保基金兑付、医疗机构和药店协议定点、医保基金监管等风险点，深入开展反腐倡廉警示教育。积极开展精神文明创建，加强服务窗口管理，锲而不舍加强作风建设。

## 第九节 保障措施

### 一、加强组织领导

医疗保障是一项业务性很强的政治工作，必须将严守党的政治纪律和政治规矩贯穿工作的全过程，紧紧抓住“民心”这个最大的政治，承担起医疗保障工作应有的政治责任。要严格遵守政治规矩，切实增强做好医保工作的政治判断力、政治领悟力、政治执行力，做到知责于心、担责于身、守责于行。要始终把讲政治摆在首位，始终以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，树牢“四个意识”、坚定“四个自信”、做到“两个维护”，不折不扣地贯彻落实党委和政府医疗保障领域的重大决策部署，真正把讲政治落实到推动医疗保障改革发展的方方面面。各级政府要把医疗保障工作作为一项全局性工作，加强组织领导，建立健全责任制和问责制，形成部门分工协作、密切配合、合力推进的工作机制，确保规划顺利实施。各镇要围绕规划的总体目标和重点任务细化年度任务，制定工作方案，把规划的重点任务落到实处。要加强医疗保障工作队伍建设，提升县镇医疗保障干部队伍政策水平和业务能力，确保医疗保障工作各项规划措施落到实处。

### 二、加强诚信体系建设

开展基金监管诚信体系建设，健全完善医保“黑名单”制度，将严重违法违规定点医药机构、医保医师和参保人员纳入“黑名单”管理，有效发挥“黑名单”作用。积极推动将医疗保障领域欺诈骗保行为纳入国家信用管理体系，建立失信惩戒制度，发挥联合惩戒威慑力。

推进行业自律,鼓励并促进公立医疗机构、非公立医疗机构、零售药店、医师等行业协会开展行业规范和自律建设,制定自律公约,促进行业自我规范和自我约束,参与诚信体系建设,提升行业诚信水平。

### 三、推进综合监管

建立工作机制,加强协调沟通,积极争取卫健、公安、市监、审计、财政、纪检监察等部门支持,建立健全综合监管协调机制,统筹推进医疗保障基金监管的协调指导和重大案件查处等工作,形成监管合力。加强信息交流,建立“一案多查”、“一案多处”制度,对疑似违法违规案件,积极商请公安、卫健、市监和纪检监察等部门参与查处;构建医疗保障监管联动机制,加强与卫健、公安、市监、审计、财政、纪检监察等部门横向联动,建立定期会商、统一部署、联合检查、案件移交、联合惩戒等工作机制,统筹推进医疗保障基金监管协调指导和重大案件的查处工作。

### 四、加强舆情管理和对外宣传

医疗保障是民生保障的重要内容,利益涉及面广、社会关注度高、群众期待强烈,医疗保障领域潜在大量的风险矛盾,要求我们必须时刻牢记底线思维,坚决维护医疗保障制度的公平性。要坚持正确的舆论导向,做好医保政策宣传解读,及时解答和回应社会各界关注的热点问题,大力宣传医疗保障事业发展过程中取得的工作成绩和典型经验,合理引导社会预期,确保医疗保障各项工作顺利推进。多关注网站、微博、微信等媒体上出现的舆情,果断处置各种苗头性问题,坚

决遏制“黑天鹅”“灰犀牛”事件发生。要抓紧抓牢信访维稳工作，切实做好信访矛盾排查，及时受理群众来信来访，严防发生规模性聚集上访、信访负面舆论炒作和个人极端上访行为。加大宣传工作力度，不断完善舆情应对处置机制，打造新媒体宣传阵地，全面传播平利医保好声音。

## 五、加强医保队伍建设

要突出业务能力提升，加大学习培训力度，采取专业培训、以会代训等形式，形成全员抓学习的浓厚氛围。要增强政策研究能力和执行能力，准确把握上级精神，不折不扣地贯彻落实党委政府的决策部署。要综合施策，全面提高医保干部的政治水平、理论素养和业务能力，打造“一专多能”的复合型人才队伍，以适应新时代医疗保障事业对专业化、信息化、精细化的要求。求真务实、脚踏实地，一步一个脚印地确保“十四五”规划圆满实现！