

河南省“十四五”医疗保障发展规划

“十四五”时期（2021—2025年），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。“十四五”时期，也是推动我国医疗保障事业高质量发展，促进全民医疗保障制度更加成熟定型的关键时期。深化医疗保障制度改革，对于进一步保障改善民生、提高人民群众健康水平、不断满足人民群众日益增长的美好生活需要具有重要意义。

《河南省“十四五”医疗保障发展规划》根据《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》《河南省国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标纲要》和《中共河南省委河南省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》编制，主要阐明“十四五”时期我省医疗保障制度改革的总体思路、目标任务和重大政策措施，是“十四五”时期我省医疗保障事业发展的重要指导性文件。

第一章 规划背景与总体思路

“十四五”时期，是我省开启全面建设社会主义现代化河南新征程、谱写新时代中原更加出彩绚丽篇章的关键时期，是推动

高质量发展、加快由经济大省向经济强省转型的攻坚期。医疗保障要着眼中原崛起战略全局，主动适应新发展阶段，深入贯彻新发展理念，积极融入新发展格局，为全方位全生命周期保障人民群众健康发挥更大作用。

第一节 发展基础

“十三五”时期，我省坚决贯彻落实习近平总书记重要指示批示和党中央、国务院决策部署，省委、省政府高度重视医疗保障工作，始终坚持以人民为中心，迎难而上、砥砺奋进，医疗保障制度运行平稳，基金安全可持续，待遇保障水平稳步提升，人民群众医疗保障获得感、幸福感、安全感显著提升。

（一）医疗保障领域改革实现了较高层次突破，制度基础更加坚实。这五年是医疗保障管理体制整合重组、制度建设顶层设计科学系统、政策体系更加完善的五年。一是管理体制更加合理。各级医疗保障部门的成立，标志着医疗保障事务由多部门分散管理转向集中统一，这是党中央为保障人民群众就医需求、提高全民健康水平作出的重大战略决策，为进一步理顺、整合、优化、提升医疗保障管理体制、不断满足人民日益增长的医疗保障和健康福祉的需要提供了组织保障。二是顶层设计更加完善。《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》是中国特色医疗保障制度的发展蓝图与顶层设计，系统阐明了医疗保障领域深化改革的目标与重点任务，为新时代全面深化医疗保障领域改革提供

了系统的行动指南。三是政策体系逐步健全。“十三五”时期，在《中华人民共和国社会保险法》的框架下，我省先后出台《河南省人民政府办公厅关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》《河南省人民政府办公厅关于全面做实基本医疗保险和生育保险市级统筹的意见》等 79 项政策性文件，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框架基本形成，医疗保障制度在服务全省经济社会发展中的地位和作用更加凸显。

（二）人民群众享受了较为完善较高标准的医疗保障，获得感幸福感持续提升。这五年是医疗保障覆盖面不断拓展、待遇保障水平稳步提升、医保扶贫成效显著的五年。一是基本医疗保险覆盖范围进一步扩大。“十三五”时期，我省大力推进全民参保计划，努力扩大基本医疗保险覆盖面。截至 2020 年年底，全省基本医疗保险参保人数达到 10349.51 万人，参保率稳定在 96% 以上，“全民应保尽保、人人公平享有”的医疗保障目标基本实现。二是待遇保障水平稳步提升。全省年均享受医保待遇 2 亿人次以上，职工基本医疗保险政策范围内住院费用报销比例达到 80% 以上，城乡居民基本医疗保险政策范围内住院费用报销比例稳定在 70% 左右。医保药品目录持续优化，更多救命救急药纳入医保报销。建立了城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制。全面实施城乡居民基本医疗保险门诊统筹制度，2020 年全省门诊统筹报销达到 1.21 亿人次。三是医保扶贫成效显著。对贫困人口实施医保倾斜

政策，梯次减轻贫困人口医疗费用负担。自 2018 年以来，全省医疗保障扶贫政策累计惠及贫困人口 2752.22 万人次，减轻个人医疗费用负担 447.36 亿元，贫困人口医保综合保障实际报销比例较 2016 年提高近 30 个百分点，长期困扰贫困地区、贫困人口的“看病难、看病贵”问题得到有效缓解。四是疫情防控发挥积极作用。积极应对新冠肺炎疫情，及时出台新冠肺炎疫情防控医保政策，向医疗机构预付医保基金 12.1 亿元，累计结算全省新冠肺炎确诊病例、疑似病例和无症状感染者 6466 人次，支付医保基金 3800 余万元，确保患者不因费用问题影响就医、确保收治医疗机构不因支付政策影响救治。阶段性减征职工医疗保险费 30.63 亿元，助力企业复工复产。积极推行“不见面办”“及时办”“便民办”“延期办”“放心办”，支持长处方，开通网上医保事项办理渠道，确保疫情期间群众医疗保障服务不断线，有力支持疫情防控。落实新冠病毒核酸检测费用保障政策，推动重点人群应检尽检，开展集中采购，大幅降低核酸检测试剂价格。

（三）医保基金运行实现了更加规范更有效率管理，安全性可持续性显著增强。这五年是医保基金管理运行不断创新、实现医保基金安全可持续发展的五年。一是基金管理使用更加规范。强化用人单位参保人数和缴费基数稽核工作，从源头上防止基金流失，做到应收尽收。严格遵循基金支付范围和支付标准，制定和调整政策充分考虑基金承受能力和持续保障能力。2020 年，全省基本医疗保险基金收入 1261.1 亿元，支出 1144.22 亿元，总

体上实现了收支平衡、略有结余，保障了制度可持续发展。二是医保支付方式改革持续深化。强化医保基金总额预算管理，推行多元复合式支付方式，引导定点医疗机构由被动控费向主动控费转变。明确“互联网+医疗”价格和医保支付政策，网上就医便捷性不断改善。三是协同推进医药服务供给侧改革。深化药品、医用耗材集中带量采购制度改革，集中采购药品和医用耗材价格平均降幅超过50%，部分产品降幅达到90%以上，年均可节约药品和医用耗材费用120多亿元。完善医药服务价格形成机制，有效治理药品、高值医用耗材价格虚高。建立价格科学确定、动态调整机制，加快审核新增医疗服务价格项目，医疗服务价格结构持续优化。四是医保基金监管力度不断加大。成立全省医疗保障基金监管工作领导小组，出台举报奖励办法，持续实施打击欺诈骗保专项行动。截至2020年年底，全省检查定点医药机构93233家，拒付、追缴医保基金19.42亿元，形成打击欺诈骗保的高压态势，有效维护了基金安全。

（四）人民群众享受了公平高效的公共服务，服务效能持续提升。这五年是公共服务体系逐步完善、管理服务效能稳步提升的五年。一是医保经办服务不断优化。以行风建设年专项行动为抓手，以落实“好差评”制度为牵引，深入发掘典型经验，加大问题整改力度，经办服务质量不断提升，经办措施更加精准高效，异地就医更加方便快捷。截至2020年年底，省内直接结算医疗机构达到1695家，跨省异地就医直接结算医疗机构达到

1626家，实现了县级以上全覆盖。异地住院垫资、跑腿报销等群众反映强烈的问题逐步得到解决，医疗保障服务更加便民和贴心。二是“放管服”改革更加深入。大力推进简政放权，尽力简化办理手续、减少办理材料、缩短办理时限，梳理29个医疗保障政务服务事项，推进经办政务服务事项网上办理，基本实现群众办事“最多跑一次”。三是信息化建设平稳推进。医保信息平台建设取得长足进展，全省医保电子凭证激活数量超过3000万，在全省7万多家定点医疗机构和1.9万多家定点零售药店全面实现应用，基本实现了参保人员全覆盖、定点医药机构全覆盖、就医费用类型全覆盖、异地就医结算全覆盖、第三方支付渠道全覆盖的“五个全覆盖”目标。

“十三五”时期是我省医疗保障制度改革力度不断加大、群众获得感不断增强、医疗保障功能充分发挥的五年，医疗保障为实现全民健康、增进民生福祉、谱写新时代中原更加出彩绚丽篇章作出了积极贡献。这些成绩的取得，根本在于以习近平同志为核心的党中央的坚强领导，得益于省委、省政府的正确领导和国家医保局的有力指导，得益于各级医疗保障部门的通力合作和全省人民群众的广泛参与，充分发挥了抓好医疗保障事业发展的政治优势、体制优势、制度优势。这些成绩的取得，也得益于把党和国家顶层设计与省情实际充分结合，得益于坚持基本制度、大政方针集中统一，实施路径、具体标准因地制宜的发展策略，充分彰显了我省做好医疗保障工作的能力和信心。

第二节 发展形势

“十四五”时期是我省在全面建成小康社会基础上，乘势而上开启高水平推进社会主义现代化建设的重要时期。国际国内环境继续发生复杂深刻变化，我省医疗保障工作发展既面临难得的历史机遇，也面临诸多矛盾叠加、风险隐患增多的严峻挑战，因此必须准确把握战略机遇，妥善应对各种风险挑战。

从机遇上看，党中央、国务院高度重视医疗保障工作，出台了一系列医疗保障制度改革的纲领性文件和重大政策措施，医疗保障顶层设计和法规体系日趋完善，全新的医疗保障制度体系初见雏形，医疗保障事业发展乘势而上、起步腾飞的政治基础、制度基础更加牢固。我国开启全面建设社会主义现代化国家新征程，经济长期向好的基本面没有改变，以国内大循环为主体、国内国际双循环相互促进的新发展格局释放新需求。省委、省政府高度关注民生福祉发展，民生支出占比持续提升，医疗保障事业发展的经济基础、物质基础将更加牢固。经过 20 多年的改革发展，基本医疗保险制度从无到有，医疗保障体系逐步健全，尤其是通过医保局成立两年多来的改革实践，全省基本医疗保险参保群体更加稳定，医保基金使用更加规范，医保基金监管更加有力，人民群众对医疗保障制度更加认同，医疗保障事业发展的实践基础更加坚实。全球科技领域创新突破加速推进，人工智能、大数据、区块链、5G 等新技术在医保、医疗、医药领域叠加发

展，医疗保障事业发展的科技基础更加坚实。

从挑战上看，我省医疗保障发展不平衡、保障不充分、管理不精细问题仍然存在。多层次医疗保障体系发展相对缓慢，医疗救助标准过低，商业健康保险发展滞后，社会慈善力量参与有限，难以满足人民群众多样化需求。人口老龄化速度加快，疾病影响因素更加复杂，医疗新技术、新药品、新设备不断推陈出新，使基金可持续运行压力不断增大。医保法治基础薄弱，信息化、标准化不能适应改革发展需求，医疗保障部门在依法行政、基金监管、经办服务等方面实现高效精细管理依然面临挑战。

综合研判，“十四五”我省医疗保障工作将进入战略叠加的机遇期、提质转型的攻坚期、跨越发展的突破期。我们要认清经济社会发展大势，勇于面对新形势和新挑战，把握医疗保障发展趋势，顺应医疗保障改革发展需要，处理好医保基金稳健运行和人民日益增长的全生命周期健康需求之间的关系，持续深化医疗保障制度改革，不断提升医疗保障治理能力和治理水平，为实现医疗保障高质量发展的目标努力奋斗。

第三节 指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面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，认真落实省委、省政府关于医疗保障工作的决策部署，立足新发展阶段，贯彻新发展理念，融入新发展格局，坚持以人民为中心的

发展思想，深入实施健康中原战略，以推动医疗保障高质量发展为主题，以深化医疗保障制度改革为主线，以增进人民群众福祉为根本目的，完善医疗保障制度体系，健全医疗保障配套治理机制，发挥医保基金战略性购买作用，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，提高医疗保障公共服务能力和水平，推动医疗保障治理体系和治理能力现代化，努力解除人民群众的疾病医疗后顾之忧，显著增强人民群众的获得感、幸福感、安全感。

第四节 基本原则

——坚持围绕中心、服务大局。坚持党的领导，增强“四个意识”，坚定“四个自信”，做到“两个维护”，自觉服从和服务我省中心工作和改革发展稳定大局，紧紧围绕健康中原、让中原更加出彩目标，紧密结合医疗保障工作实际，努力完成医疗保障制度改革各项任务。

——坚持以人为本、公平可及。坚持人民主体地位，努力践行以人民为中心的发展思想，把增进人民福祉作为发展的出发点和落脚点，以充分实现人人享有基本医疗保障为目标，推进全民医保，发展更加公平、更有效率、更可持续、更高质量的医疗保障，促进社会公平、助力共同富裕。

——坚持多层互补、稳健持续。加快建成覆盖全民、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，加强不同层次医疗保障制度的衔接互补，实现应保尽保。尽力而为、量力而行，

科学确定各类医疗保障待遇水平，保障医保基金可持续发展。

——坚持精细高效、优化服务。主动融入全省数字化改革，树立改革意识，将创新理念、数字思维融入“智慧医保”建设，提升改革创新实效，发挥科技赋能作用，将数字技术转化为治理效能，激发医保基金战略性购买作用，实施更有效率的医保支付，推进医药服务供给侧改革，实现经办服务提质增效。

——坚持统筹协调、多方联动。统筹兼顾不同群体利益关系，充分考虑地区发展差异，增强工作的系统性、整体性和协同性，促进政策之间衔接平衡。立足医疗医药医保医养医改的关联性，坚持“五医”联动，牢固树立“一盘棋”思想，凝聚改革发展共识，协同推进大治理，提高医疗保障治理水平。

第五节 发展目标

到2025年，我省医疗保障要基本完成与全省经济社会发展水平相适应的待遇保障、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，多层次医疗保障制度体系基本成熟定型，基本医疗保险省级统筹积极推进，初步形成现代化医疗保障治理体系，医疗保障事业发展进入全国先进行列，全省人民医疗保障满意度显著提升。

——多层次保障体系更加成熟定型。基本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医疗保障制度体系，基本医疗保险

更加规范统一，基本医疗保险、补充医疗保险、医疗救助三重保障功能更加完善，法治体系建设不断完善，制度政策法定化程度明显提升。

——待遇保障更加公平。全民医保参保质量进一步提升，基本医疗保险市级统筹全面做实，省级统筹稳步推进。待遇政策更加公平统一，各方责任更加均衡，城乡间、区域间医疗保障水平差距明显缩小。

——筹资机制更可持续。参保缴费政策进一步完善，参保人员、用人单位和政府等各方责任更加均衡。个人参保缴费意识明显提升，适应新业态从业人员的参保缴费政策建立健全。基金管理使用更加科学规范，以收定支、收支平衡的可持续筹资机制全面建立。医疗救助筹资渠道更加广泛，筹资水平显著提高。

——支付机制更加管用高效。总额预算管理全面实施，医保目录调整、结算管理更加规范，多元复合型支付体系更加完善，医保协商谈判机制更加健全，多方利益趋同的新型服务供需格局基本形成。

——基金监管机制更加健全。基金监管制度体系和执法体系基本建成，全领域、全流程的基金安全防控机制更加完善，基本形成党委领导、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格局。

——医药服务供给侧改革更加深入。药品、医用耗材集中带量采购制度更加规范、范围更加广泛，药品、医用耗材、医疗服

务价格治理能力明显提升。医疗、医药、医保、医养、医改协同发展，医保助力医药卫生体制改革效果更加显著。

——经办服务更加优质便捷。医疗保障基本公共服务制度和标准体系全面建立，服务机构更加健全，服务设施设备更加完善，信息网络互联互通，服务流程科学规范，服务队伍素质优良，服务水平显著提升。以“智慧医保”建设为依托的医疗保障公共服务惠及全省人民，政务服务基本实现线上办理，公共服务均等化水平明显提高。

主要指标与预期目标

指标维度	主要指标	2020年	2025年	指标属性
覆盖全面	基本医疗保险参保率(%)	≥96	≥97 ^①	约束性
安全持续	基本医疗保险(含生育保险)基金收入(亿元)	1261.1	收入规模与经济规模更加适应	预期性
	基本医疗保险(含生育保险)基金支出(亿元)	1144.22	支出规模与经济发展水平、群众疾病健康需求相适应	预期性
	基本医疗保险基金累计结余(亿元)	1071.16	保持在合理水平	预期性
保障有力	职工基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例(%)	80左右	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(%)	70左右	保持稳定	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	预期性
	职工医疗互助参与人次(万人次)	66.8	400	预期性

指标维度	主要指标	2020 年	2025 年	指标属性
精细高效	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（%）	—	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（%）	—	80	预期性
	药品集中带量采购品种（个）	112	>500 ^②	预期性
	高值医用耗材集中带量采购品种（类）	1	>5 ^③	预期性
优质便捷	住院费用跨省直接结算率 ^④ （%）	≥30	≥80	预期性
	医疗保障政务服务事项线上可办率（%）	—	≥90	预期性
	医疗保障政务服务事项窗口可办率（%）	—	100	约束性

注：①指“十四五”期末基本医疗保险参保率达到 97% 以上。

②指到 2025 年全省范围内国家、省级、省辖市三级药品集中带量采购品种达到 500 个以上。

③指到 2025 年全省范围内国家、省级、省辖市三级高值医用耗材集中带量采购品种达到 5 类以上。

④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，基本医疗保障制度实现规范统一，多层次医疗保障体系更加成熟高效，基本医疗保障筹资待遇更加公平，支付效率显著提升，医药价格形成机制更加科学合理，医疗医药医

保医养医改“五医”协同高效治理格局更加完善，医药服务资源配置更加优化，医疗保障公共服务体系更加健全，服务能力显著提升，全人群全方位全生命周期医疗保障能力明显增强，医疗保障治理体系和治理能力现代化基本实现，医疗保障向健康保障积极迈进。

第二章 健全多层次医疗保障制度体系

加快完善多层次医疗保障体系，发挥基本医疗保险、补充医疗保险与医疗救助三重保障功能，实现梯次衔接互补，形成保障合力。以满足人民群众多元化、多样性的医疗保障与健康管理服务需求为出发点，明确政府和市场主体责任，规范各类补充医疗保险，开展长期护理保险试点，促进商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助等高质量发展。

第一节 完善基本医疗保险制度体系

根据国家整体制度建设要求，规范完善覆盖全民、依法参加的基本医疗保险制度和政策体系。坚持基本医疗保险制度的公平普惠性，根据全省经济社会发展水平和基金可持续能力，科学合理提升保障水平，职工和城乡居民分类保障，待遇与缴费水平挂钩，基金分别建账、分账核算。改革职工基本医疗保险个人账户，科学合理确定个人账户计入办法和计入水平，建立健全门诊共济保障机制，将门诊医疗费用纳入职工基本医疗保险统筹基金

支付范围。

整合生育保险和职工基本医疗保险基金及管理资源，强化基金共济能力，提升管理综合效能。贯彻落实国家生育政策和生育津贴制度，修订完善《河南省职工生育保险办法》，纠正部分用人单位选择性参保问题，巩固和扩大生育保险覆盖面，确保生育保险制度可持续发展。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，控制生育医疗费用不合理增长，降低生育成本。积极维护职工生育保障权益，推动生育政策全面落实，促进我省人口与经济社会协调发展。

第二节 规范补充医疗保险

规范和完善职工大额医疗费用补助等补充医疗保险制度政策，并参照国家规定的药品、医用耗材和医疗服务项目三个目录的支付范围支付。根据各统筹区基金承受能力，稳定提高报销限额，职工基本医疗保险叠加职工大额医疗费用补助的最高支付限额原则上达到当地职工年平均工资的6倍左右。

规范和完善城乡居民大病保险制度，根据全省居民可支配收入以及大病保险运行情况等因素，调整大病保险筹资待遇政策。在全面落实大病保险普惠政策的基础上，按相关规定对低保对象、特困人员和返贫致贫人口实施倾斜支付政策。城乡居民基本医疗保险叠加大病保险的最高支付限额原则上达到当地居民人均可支配收入的6倍左右。

第三节 完善医疗救助制度

全面贯彻落实党中央、国务院关于改革完善社会救助制度的决策部署，建立健全全省更加统一规范的医疗救助制度，促进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调。全面落实资助重点救助对象参保缴费政策，健全重点救助对象医疗费用分类救助机制。合理确定救助标准，统筹提高救助水平。科学确定救助范围，配合建立跨部门、多层次、信息共享的救助对象及时精准识别机制，及时将符合条件的对象纳入医疗救助范围。

专栏 1 健全完善重大疾病救助制度

1. 科学确定救助范围。全面落实资助重点救助对象参保缴费政策，统筹提高资助标准。适应人口流动和参保需求变化，灵活调整救助对象参保缴费方式，确保其及时参保、应保尽保。

2. 合理确定医疗救助待遇水平。坚持保基本，妥善解决救助对象政策范围内基本医疗需求。救助费用主要覆盖救助对象在定点医药机构发生的住院费用、因慢性病需长期服药或患重特大疾病需长期门诊治疗的费用。综合考虑经济发展、医疗救助基金情况等因素，合理确定救助比例和年度救助限额，加强门诊慢性病、特殊疾病救助保障，门诊和住院救助共用年度救助限额，统筹资金使用，着力减轻救助对象门诊慢性病、特殊疾病医疗费用负担。按救助对象家庭困难情况，分类设定年度救助起付标准。

第四节 探索推进长期护理保险制度试点

指导试点城市按照国家统一安排部署，结合当地实际，以解决重度失能人员长期护理保障问题为重点，优先保障符合条件的失能老年人、重度残疾人。完善政策框架，坚持低水平起步，合理确定筹资标准，探索多渠道筹资机制，以收定支，合理确定保

障范围和待遇支付标准，做好长期护理保险与重度残疾人护理补贴、经济困难失能老年人护理补贴等项目的有机衔接，提高资源配置效率。认真开展探索和总结试点经验，协同推进全省长期护理服务体系建设，到2025年年底，基本形成适应经济发展水平和人口老龄化发展趋势的长期护理保险制度政策框架。

第五节 促进发展商业健康保险

进一步厘清基本医疗保险与商业健康保险的责任边界，完善商业健康保险产业政策，推动出台促进商业健康保险发展的意见，推动社会医疗保险与商业健康保险协调发展。推进实施个人购买商业健康保险税收优惠政策，进一步提升普惠性。鼓励商业保险机构参与长期护理保险和补充医疗保险经办服务。

鼓励商业保险机构产品创新，提供包括医疗、疾病、康复、照护、生育等多领域的综合性健康保险产品。鼓励商业保险在健康保障领域发挥更大作用，支持商业保险机构与医药机构合作开展健康管理服务，推进区域化健康保险产品定制和服务创新，鼓励将医疗新技术、新药品、新器械应用和常见慢性非传染性疾病的健康管理纳入商业健康保险保障范围。

严格监管商业保险机构承办大病保险等业务，加强从业资格、偿付能力等审查，加强商业健康保险产品的设计、销售、赔付等关键环节监管，建立绩效评价机制，推进业务信息公开，定期公布运行和监管情况，主动接受社会监督。

第六节 鼓励社会慈善捐赠

统筹调动慈善组织参与医疗救助，鼓励社会慈善捐赠，建立医疗救助与慈善事业有效衔接机制。依托国家医疗保障信息平台，实现救助患者医疗费用信息共享。支持慈善组织设立大病救助项目，引导救助优先向医疗费用高、社会影响大、诊疗路径明确的重特大疾病领域拓展延伸，鼓励引导慈善组织开展补缺型和补充型医疗援助活动。引导慈善组织有序开展慈善医疗救助活动，分类梳理慈善组织的业务范围、项目领域，统筹规划不同组织的慈善医疗救助区域、范围和病种，形成分类、有序、全面的慈善医疗救助新格局。加强对各类社会慈善组织医疗救助行为的监管。定期评估慈善组织开展的慈善医疗救助项目，推广宣传管理规范、服务优良、团队专业、绩效突出的慈善组织，充分发挥其示范引领作用。

第七节 支持医疗互助有序发展

支持医疗互助有序发展，规范医疗互助行为。发挥医疗互助在多层次医疗保障体系中的补充作用，明确医疗互助的功能定位和待遇衔接，探索社会医疗保险与商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助之间的信息衔接机制，在确保数据安全前提下探索资源对接和信息共享，协助医疗互助项目精准匹配慈善资源与潜在受助对象。

加强工会医疗互助组织建设，组织职工互助互济，鼓励职工医疗互助与基本医疗保险一站式结算。推动开展城乡居民医疗互助，倡导“人人为我，我为人人”的互帮互助精神，探索形成政府引导、社会主办、群众参与、共建共享的城乡居民医疗互助体系。

第三章 完善公平适度的待遇保障机制

坚持尽力而为、量力而行，依法参保、保障基本的原则，科学确定待遇保障范围和标准，增强基础性、兜底性保障功能，构建公平适度、科学合理、动态调整的待遇保障机制。

第一节 实现基本医疗保险应保尽保

深入推进全民参保，实现基本医疗保险法定人群全覆盖。完善灵活就业人员参保方式，落实困难群众资助参保政策，实现应保尽保。适应新业态发展，强化新业态企业参保责任，大力促进个体工商户、新就业形态从业人员等灵活就业人员依法参加职工基本医疗保险。加强参保数据统计分析，建立健全医疗保障部门与公安、民政、人力资源社会保障、卫生健康、市场监管、税务、教育、乡村振兴、残联等部门的数据共享机制，加强数据比对，完善全民参保数据库。清理户籍、居住证、学籍等以外的参保限制，将非本地户籍灵活就业人员纳入参保范围，推动各类人群依法依规参保，引导居民在常住地参保，加强困难群众、大中

专学生、新生儿、退役军人、灵活就业人员、被征地农民等重点人群参保缴费服务。完善基本医疗保险参保关系接续政策，做好制度内和跨制度参保的无缝衔接，健全流动人员跨统筹地区基本医保关系转移接续机制。落实参保和征缴主体责任，优化参保缴费服务，拓展参保缴费渠道。

第二节 科学确定基本医疗保险待遇水平

严格落实国家医疗保障待遇清单制度，纠正过度保障和保障不足问题。在国家基本制度框架内，严格按照清单授权范围明确基本医疗保障的基本制度、基本政策、基金支付项目和标准、基金不予支付的范围，并明确政策调整权限，规范政策制定原则和流程，促进各地决策科学化、规范化。根据经济发展水平和基金承受能力稳步提高医疗保障水平，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，改革职工基本医疗保险个人账户。规范全省门诊慢特病病种范围和待遇政策。完善居民门诊保障政策，健全高血压、糖尿病门诊用药保障机制。

建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制。坚持基本保障、平稳过渡、统筹联动的原则，将普通门诊统筹覆盖全体职工基本医疗保险参保人员，支付比例从50%起步，逐步提高待遇保障水平，待遇支付适当向退休人员倾斜。针对门诊医疗服务特点，按医疗机构级别制定差异化支付标准，并做好与住院支付政策的衔接。

专栏 2 职工基本医疗保险门诊共济保障机制

1. 改革完善职工医保个人账户。科学合理确定个人账户计入办法和计入水平，在职职工个人账户的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；退休人员个人账户原则上由统筹基金按定额划入，划入额度逐步调整到统筹地区实施改革当年基本养老金平均水平的 2% 左右。调整统账结构后减少划入个人账户的基金主要用于支撑健全门诊共济保障，提高门诊待遇。

2. 建立完善普通门诊医疗费用保障机制。从高血压、糖尿病等群众负担较重的门诊慢性病入手，根据基金承受能力，逐步将多发病、常见病的普通门诊费纳入统筹基金支付范围，对部分需要在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，可参照住院待遇进行管理。探索由病种保障向费用保障过渡。

3. 加强门诊医疗费用监督管理。加强对门诊医疗行为和医疗费用的监管，建立基金安全防控机制。创新门诊就医服务管理办法，通过协同推动基层医疗服务体系建设、完善家庭医生签约服务、实施长期处方制度等方式手段，引导参保人员在基层首诊就医。

4. 完善适合门诊就医特点的付费机制。对基层医疗服务可按人头付费，积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合；对日间手术等门诊特殊病种，推行按病种或按疾病诊断相关分组付费；对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。

第三节 巩固拓展医保脱贫攻坚成果同乡村振兴战略有效衔接

牢牢把握保基本和可持续的原则，统筹发挥基本医疗保险、补充保险和医疗救助三重制度综合梯次减负功能，分阶段、分对象、分类别有序调整医保倾斜政策。完善城乡居民基本医疗保险参保个人缴费资助政策，继续全额资助特困人员，定额资助低保对象等困难群众。逐步调整过渡期内脱贫人口资助政策，脱贫不稳定且纳入相关部门农村低收入人口监测范围的，过渡期内享受一定期限的定额资助政策；乡村振兴部门认定的返贫致贫人口，过渡期内按规定享受资助政策；未纳入农村低收入人口监测范围的稳定脱贫人口，按标准退出，不再享受资助政策。动态管理民

政、乡村振兴部门认定的低保对象、特困人员、返贫致贫人口等人员，落实医保综合保障政策。将脱贫攻坚期地方自行开展的其他保障措施资金统一并入医疗救助基金，取消不可持续的过度保障措施。重点加大医疗救助资金投入，对乡村振兴重点帮扶县给予资金倾斜。做好因病致贫返贫风险监测预警工作，配合相关部门建立健全防范化解因病致贫返贫的长效机制，及时跟进待遇落实。加强对重点监控对象参保缴费、医疗费用支出的动态监测。

第四节 健全重大疫情保障机制

落实国家突发疫情紧急情况期间医疗费用保障办法和医保支付政策，完善突发公共卫生事件下基本医疗保险目录、医疗服务价格应急调整机制，按要求将重大疫情医疗救治中的药品和诊疗项目临时纳入医保支付范围，确保医疗费用及时支付，保证患者不因费用问题影响就医。按照国家关于特殊群体、特定疾病医药费豁免制度要求，有针对性免除医保目录、支付限额、用药量等限制性条款，减轻困难群众医疗费用负担。

第四章 健全稳健可持续的筹资运行机制

为确保医保基金动态平衡、可持续发展，完善基本医疗保险筹资方式，建立与我省省情相适应、与各方承受能力相匹配、满足人民群众基本健康需求的筹资运行机制，提高基金统筹层次，加强基金运行管理和风险预警。

第一节 完善基本医疗保险筹资机制

均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任，就业人员参加基本医疗保险由用人单位和个人共同缴费，非就业人员实行个人缴费与政府补助相结合的筹资方式。统筹考虑城乡居民健康状况、医疗需求、居民人均可支配收入等因素，按照基金收支平衡的原则，合理调整居民医保财政补助和个人缴费标准。落实国家基本医疗保险基准费率制度，规范缴费基数政策，合理确定费率，实行动态调整。拓宽医疗救助筹资渠道，鼓励社会捐赠、彩票公益金等多渠道筹资，鼓励集体、单位或其他社会经济组织对个人缴费给予扶持或资助。研究积极应对人口老龄化医疗负担的多渠道筹资政策。

第二节 提高基金统筹层次

按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的标准，不断提高基本医疗保险市级统筹质量，健全考核机制，强化县（市、区）对基金平衡的责任，不断提高基金管理水平，提高基金使用效率。在做实市级统筹的基础上，按照政策统一规范、基金调剂平衡、完善分级管理、强化预算考核、提升管理服务的方向，推进基本医疗保险省级统筹，促进基本医疗保险公平可持续运行。推动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，最大限度惠及困难群众。建立健全与医

疗保障统筹层次相适应的管理体系，探索推进市级以下医疗保障部门垂直管理。

第三节 加强基金预算管理

科学编制医疗保障基金收支预算。加大基金预算执行监管力度，坚持预算执行与政策落实相结合，强化基金预算约束力。坚持基金预算与国民经济和社会发展规划相适应的原则，切实加强基金预算绩效管理，按照“预算精准、负担合理、运行高效”的建设目标，建立科学、合理的基金绩效评价管理体系，建立基金绩效评价考核机制，发挥绩效评价的激励作用，促进基金管理提质增效。

第四节 提高基金精细化管理水平

保障医疗保障基金平稳运行。树立基金中长期平衡理念，科学编制基金收支计划。鼓励引入第三方专业力量，开展基金中长期精算评估。加强医疗保障统计和大数据分析工作，建立医疗保障运行形势分析制度。健全基金运行风险评估、预警机制，积极开展医保待遇调整和政策改革的基金风险评价。建立基金运行全周期风险监测预警防控系统，科学设置基金风险预警线，实现风险分级监测预警，确保基金安全平稳运行。建立基金运行风险处置机制，出台基金运行风险处置预案，及时预警、及时处置，最大限度将基金运行风险可能造成的危害和影响降到最低。

提升医疗保障基金运行管理水平。强化统筹地区管理责任，建立分级负责、风险共担的收支管理和缺口分担机制。建立健全基金管理考核制度，开展基金运行管理评价，科学评价各统筹区基金运行状况和精细化管理水平，完善激励约束机制。加强区域医疗服务能力评估，全面建立基金支付与定点医药机构绩效考核结果挂钩机制。

第五章 建立管用高效的医保支付机制

按照“保基本”原则，坚持临床需要、合理诊治、适宜技术和中西医并重，严格执行中央与地方目录调整职责和权限，完善医保目录、协议、结算管理方式，实现更有效率的医保支付。

第一节 加强医保目录使用管理

健全医保目录动态管理机制。严格执行国家药品目录，切实做好动态维护工作，推进目录调整的信息化、标准化、规范化。根据医保目录管理权限，立足全省医保基金承受能力，适应群众基本医疗需求和临床技术进步要求，动态调整医疗服务项目目录，明确医保支付条件和支付标准，规范医疗服务行为。按照国家有关要求制定医保药品支付标准，逐步推动药品目录管理与医保支付标准相衔接。探索医用耗材目录管理，按照国家医用耗材医保准入、管理政策要求，进一步完善我省医用耗材医保支付范围的程序、规则。

第二节 完善医保协议管理模式

根据国家规范协议管理的有关要求，结合我省实际完善基本医疗保险协议管理办法，定期修订协议范本，明确权利义务，规范医疗费用结算相关预分额度确定、医保待遇审核、集采药品耗材使用、医药价格监测执行、医保支付方式、违约处理、联网和信息共享等内容。优化定点管理流程，扩大定点覆盖面，将更多符合条件的基层医疗机构纳入医保定点范围。完善协议管理考核办法，将考核结果与医保基金支付挂钩，完善定点医药机构引入退出机制。加强考核监督，将“互联网+医疗”等新服务模式纳入医保协议管理。

第三节 深化医保支付方式改革

发挥医保支付方式对医药服务健康发展的重要引导作用，在实施医保基金总额预算管理基础上，推进大数据应用，推行按病种（病组）、按人头、按床日、按项目等多元复合式医保支付方式，建立健全协商谈判机制、激励约束机制和考核评价体系。做好区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP 付费）、按疾病诊断相关分组付费（DRG 付费）国家试点工作，结合我省实际推广应用，实现全省 DIP 付费“五统一”标准（统一搭建系统平台、统一数据采集标准、统一测算方法、统一基础代码、统一分组标准），引导医疗机构主动控制成本、

规范诊疗行为，促进分级诊疗。研究探索医共体医保支付方式改革模式和考核评估机制，对实现“七统一”标准（行政、人员、业务、药械、财务、绩效、信息等统一管理）的紧密型县域医共体，在医保基金总额预算管理基础上，实行 DRG 或 DIP 付费管理，建立结余留用、合理超支分担的支付机制和医保基金使用管理考核评价体系。

专栏 3 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的支付方式，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 DRG 和 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。健全符合中医药特点的医保支付方式，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。

第四节 促进中医药传承创新发展

坚持中西医并重，引导和鼓励基本医疗保险参保人员使用中医药服务，降低医疗费用支出，缓解群众看病难、看病贵问题。健全符合中医药特点的医保支付方式，探索实行中西医同病同效

同价。积极将适宜的中医医疗服务项目、医院制剂和中药饮片（含中药配方颗粒）按规定纳入医保支付范围。通过分批遴选中医优势明显、治疗路径清晰、费用明确的病种实施按病种付费，以及对部分慢性病病种等实行按人头付费、完善相关技术规范等方式，鼓励引导基层医疗卫生机构提供适宜的中医药服务。以临床价值为导向，以中医优势服务、特色服务为重点，加大政策支持力度，完善医疗服务价格形成机制，医疗服务价格调整时重点考虑中医等体现技术劳务价值的医疗服务价格。及时将符合条件的中医医疗机构纳入医保定点医疗机构。鼓励商业保险机构开发中医治未病等保险产品。

第六章 健全严密有力的基金监管机制

深入贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，加快推进基金监管制度体系改革，构建全领域、全流程的基金安全防控机制，基本建成医保基金监管制度体系和执法体系，形成以法治为保障、信用管理为基础，多形式检查、大数据智能监控为依托，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格局。

第一节 健全监督检查制度

推行“双随机、一公开”监管机制，完善日常巡查、专项检查、飞行检查、交叉检查、重点检查、专家审查等相结合的多形

式检查制度。采取现场检查和非现场检查等方式，对群众举报投诉、媒体曝光和其他部门移交的线索进行重点检查。全面落实行政执法责任制，推行服务型行政执法，规范执法权限、程序和处罚标准，依法依规行使自由裁量权。积极引入信息技术服务机构、会计师事务所、商业保险机构等第三方力量参与医保基金监管，建立和完善政府购买服务制度，推行按服务绩效付费，提升监管的专业性、精准性、效益性。依法规范医养结合机构医保服务行为，利用信息化手段，对定点医养结合机构进行全方位监控。建立多部门协作机制，防范和打击超范围使用、套取医疗保险基金等违规违法行为。

第二节 建立医疗保障智能监控制度

以全省医疗保障信息系统为依托，实现医保基金从征缴到使用全过程信息化，确保信息互联互通、医保基金管住用好。建立全省统一的医保智能监控系统，加强大数据应用，实现基金监管从人工抽单审核向大数据全方位、全流程、全环节智能监控转变。加强对定点医疗机构临床诊疗行为的引导和审核，强化事前、事中监管。针对欺诈骗保行为特点，不断完善药品、医用耗材、诊疗项目和医疗服务设施等基础信息标准库和临床指南等医学知识库，完善智能监控规则，提升智能监控效能。开展药品、医用耗材进销存实时管理。推广视频监控、生物特征识别等技术应用，将异地就医、购药即时结算纳入智能监控范围。

第三节 建立医疗保障信用管理制度

建立定点医药机构信息报告制度，推动定点医药机构全面准确传送医保基金使用有关数据和报告医保基金使用监督管理所需信息，主动向社会公开医药费用、费用结构等信息，接受社会监督。推进全省统一的医疗保障信用体系建设，建立定点医药机构、药品耗材生产配送企业及其从业人员和参保人员医保信用记录、信用评价及积分管理制度。创新定点医药机构综合绩效考评机制，加强对定点医药机构、医保医师、医保药师和医保护士考核，将信用评价结果、综合绩效考评结果与预算管理、结余留用、检查稽核、定点协议管理等挂钩。建立医疗保障领域守信联合激励对象和失信联合惩戒对象名单制度，依法依规实施守信联合激励和失信联合惩戒。

第四节 建立医疗保障综合监管制度

适应医疗保障管理服务特点，完善部门间相互配合、协同监管的综合监管制度和协同执法工作机制，推行网格化管理，开展联合检查，形成监管合力。研究制定基金监管相关政策和实施措施，组织联审互查、交叉检查、飞行检查，协同推进信息共享和互联互通，建立健全打击欺诈骗保行刑衔接工作机制。会同发展改革、公安、民政、司法行政、财政、人力资源社会保障、卫生健康、审计、乡村振兴、大数据、市场监管、药监、税务、银保

监等有关部门按照各自职责做好相关工作。

第五节 完善社会监督制度

鼓励和支持社会各界参与医保基金监管，实现政府监管和社会监督、舆论监督良性互动。建立信息披露制度，医保经办机构定期向社会公告基金收支、结余和收益情况，公开定点医药机构医药总费用、次（人）均费用、药品耗材采购价格等信息，主动接受社会监督。建立医保基金社会监督员制度，聘请人大代表、政协委员、群众、医药机构和新闻媒体代表等担任社会监督员，对医疗保障部门、定点医药机构、参保人员进行广泛深入监督。邀请新闻媒体、社会监督员参与飞行检查、明察暗访等工作，通过新闻发布会、媒体通气会等形式，发布欺诈骗保典型案例。严格落实并不断完善医保领域违法违规违约行为举报奖励制度；畅通投诉举报渠道，公开举报电话、邮箱等，鼓励群众和社会各方积极参与监督；规范受理、检查、处理、反馈等工作流程和机制，切实保障举报人信息安全。

第七章 改革完善医药服务供给支撑体系

积极发挥医疗保障在医疗、医药、医保、医养、医改“五医联动”方面的助推作用，强化医保基金战略性购买作用，扎实推进药品、耗材集中带量采购制度改革，扩大集中采购覆盖范围，建立以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制，净化医药行

业生态环境，促进医药产业高质量发展。

第一节 全面开展药品、医用耗材集中带量采购和使用

坚持招采合一、量价挂钩，在落实好国家组织药品、医用耗材集中采购的基础上，构建省际联盟采购、省级采购、市级联盟采购以及医院联合采购等有序分工、相互配合、协同推进的多层次集中带量采购机制。有序扩大药品、医用耗材集中带量采购范围，实现主要品种应采尽采，适时开展符合中医药特点的带量采购。加强并完善对集中采购机构的统一指导，依托全国统一的医保信息平台，以医保支付为基础，建立招标、采购、交易、结算、监督一体化的省级招标采购平台，监督落实公立医疗机构所需药品和医用耗材全部按规定从平台采购。完善集中带量采购配套政策，健全医保支付标准与集中采购价格协同机制，推动实现医保基金与医药企业直接结算，完善与集中带量采购相配套的激励约束机制，促进中选产品优先使用、合理合规使用。

专栏 4 省级药品和医用耗材集中采购扩围增效工程

1. 立足医药产品的临床特点，开展多层次的药品、医用耗材集中带量采购。
2. 推动省级药品集中带量采购常态化制度化开展，持续扩大省级医用耗材集中带量采购范围。
3. 完善与集中带量采购相配套的激励约束政策，提高信息化监管水平，确保集中带量采购落地见效。

第二节 深化医疗服务价格改革

积极对接国家医疗服务价格项目政策，提高医疗服务价格项

目规范管理水平。完善医疗服务项目进入和退出机制，加快审核新增医疗服务价格项目，促进医疗创新技术的临床应用。建立灵敏有度的动态调整机制，在总体不增加患者负担前提下，重点提高体现技术劳务价值的医疗服务价格，降低设备物耗占比高的检查检验和大型设备治疗价格，支持儿科等薄弱学科发展，支持中医传承创新发展，支持公立医疗机构提高医疗服务收入占比，推动理顺比价关系，持续优化医疗服务价格结构。

第三节 完善医药价格监测管理机制

密切跟踪监测医疗服务价格政策落实情况，对于监测发现价格异常的，及时调查，妥善处置。强化药品、医用耗材价格常态化监管，建立药品、医用耗材交易价格信息共享机制，完善价格成本调查和异常变动监测预警机制。加强部门协同，全面实施医药价格和招采信用评价制度，灵活运用函询约谈、信用评价、挂网规则等管理工具，有效遏制药品、高值医用耗材价格虚高，引导医药产业健康可持续发展。

第四节 助力“五医联动”

助推医疗、医药、医保、医养、医改“五医联动”，增强改革的整体性、系统性、协同性。坚持医疗保障协商共治，加强政府、科研机构、市场主体间交流合作，建立共商共建共享新模式。

强化“五医”联动共治机制。坚持协商共治，促进“五医”

间数据共享与工作协同。建立并完善以市场为主导的药品耗材采购和价格形成机制，促进药品耗材价格回归合理水平。深化医疗服务价格改革，建立医疗服务价格动态调整机制，逐步理顺比价关系，提高医疗服务收入在医院总收入中的比重，发挥医疗服务价格在优化医疗资源配置、规范医疗服务行为、提高医保资金使用效率中的作用。

推动健全医药卫生服务体系。优化医药卫生服务体系结构布局，推进区域医疗中心和紧密型县域医共体建设。助力合理配置和利用医疗卫生资源，加强基层医疗卫生服务体系和基层全科医生队伍建设，促进分级诊疗，推动建立基层首诊制度，推进家庭医生签约服务，发挥家庭医生作为居民健康和医保控费双“守门人”作用。规范诊疗行为，加强医疗服务质量管理与控制制度建设，落实总药师制度，完善临床用药监测、评价、超常预警和重点监控药品管理制度。完善公立医院绩效考核制度，考核结果逐步与财政补助、医保基金支付、薪酬总量等挂钩。

支持医养结合发展。统筹落实医养结合优惠扶持政策，将符合条件的医养结合机构中的医疗机构按规定纳入医疗保险定点服务范围。厘清医疗卫生服务和养老服务的费用支付边界，将符合医疗保障范围的疾病诊治、医疗护理、医疗康复等医疗卫生服务费用，按规定纳入基本医疗保险支付范围。逐步增加纳入基本医疗保险支付范围的医疗康复项目，探索将基本治疗性康复辅助器具逐步纳入基本医疗保险支付范围。加快发展包

括商业长期护理保险在内的多种老年护理保险产品，满足老年人护理保障需求。

第八章 构建便捷高效的医疗保障管理服务支撑体系

完善医疗保障经办管理和公共服务体系，提高信息化服务水平，推进医保治理创新，为参保对象提供更加便捷、优质、高效、精细的服务。

第一节 强化医疗保障公共服务能力

完善医保服务运行机制。围绕“经办服务一体化、业务规范化、工作信息化”的总体思路，加快构建完善的医保服务运行机制。加强制度建设，完善内控管理、基金财务、费用审核、结算支付、协议管理等经办管理服务政策，全面落实医疗保障经办政务服务事项清单，统一医疗保障经办业务规程，细化办事指南，优化工作流程，实行首问负责制、服务承诺制及限时办结制和一站式、一体化及一次性办理。加强“社商合作”，在现有医保服务体制的基础上，探索将部分专业性强的服务业务通过购买服务的方式，委托第三方机构承办。

推进经办服务体系建设。推动省、市、县、乡镇（街道）、村（社区）五级经办机构建设，明确各级经办机构管理职责，统一经办机构管理标准。乡镇（街道）明确承办医疗保障管理服务的工作机构，村（社区）可结合实际配备相应数量的专（兼）职

工作人员。在经办力量配置不足地区，可通过政府购买服务等方式，补齐基层医疗保障公共管理服务能力配置短板。推进乡（镇）卫生院、社区卫生服务机构、村卫生室医保服务能力建设，赋予医保政策宣传、参保登记、待遇申报、信息查询等经办职能，实现“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”。

提升医疗保障服务质量。坚持传统服务方式与智能化服务创新并行，严格按照全省医疗保障政务服务事项清单和办事指南提供服务，不断提升服务质量，努力打造群众满意的医疗保障服务。畅通医疗保障咨询服务渠道，提供应答及时、咨询有效、解决率高的专业化医疗保障热线服务，积极推动政务服务事项网上办理。建立健全政务服务“好差评”制度，建立与医疗保障发展相适应的考核机制和绩效评价制度。关爱特殊人群，发挥传统服务方式兜底作用，畅通家人、亲友等为特殊人群代办的线下渠道，积极推广“一站式”服务，切实解决特殊人群在办理医保业务中遇到的困难。积极推动医疗保障经办服务示范窗口、基层服务示范点、定点医疗机构示范点和“智慧医保”管理服务示范点建设。

完善异地就医结算服务。实现异地就医备案、费用结算等服务网上办理。加快全省医疗保障信息系统建设，建立非直接结算患者医疗费用信息实时上传机制，推进门诊费用异地就医直接结算，基本实现住院、门诊费用异地就医结算线上线下一体化服务。接入国家跨省异地就医备案平台，加强全省医疗保障网上服

务大厅建设，实现异地就医网上备案和零星报销患者网上申报。

第二节 加快实现医疗保障信息化智能化

提升医保数据治理能力。应用人工智能、区块链、云计算等新技术，加强医保数据的采集、储存、使用管理，为参保人员全生命周期的医保健康管理提供数据支持。依托省大数据中心，建立医疗保障大数据专题库，制定数据治理与核验标准，做好数据分级分类管理，推动跨部门医保数据互联、互通和共享。进行大数据建模，充分运用大数据技术和大数据思维逻辑，构建医保数据生态，提升大数据在医保信息化建设的应用能力，在合法、正当、必要、安全的前提下，稳妥推进医保数据资源合理开发利用，发挥数据生产要素的重要作用，保障数据依法依规有序应用。

专栏 5 医疗保障大数据治理能力提升工程

1. 加强医保数据采集能力。应用人工智能、区块链、云计算等新技术，加强参保人员诊疗全过程数据记录，与医保数据、医药数据和临床医疗数据进行有机整合，逐渐融合体检、健康管理、生活行为等健康大数据，为参保人员全生命周期的医保健康管理提供数据支持。

2. 建立医保数据治理平台。依托省大数据中心，建立医疗保障大数据专题库，提供基于大数据的数据采集与集成、数据标准管理、数据质量管理、元数据管理、数据安全治理、数据监控等功能，制定数据治理与核验标准，推动跨部门数据互联、互通和共享，逐步建成统筹规范、标准统一、协同共享、安全可靠的医疗保障健康大数据治理平台。

3. 推动医保数据合理应用。充分运用云计算和大数据技术，在海量业务数据基础上，通过对数据特征的探查和分析，结合特定业务场景进行大数据建模。将大数据分析模型应用到医疗保障服务、管理、监管等领域，通过大数据应用提高医疗保障业务的精准识别、关联筛查、预测预警、政策模拟、深度侦测等能力，支撑精准服务、主动服务、医保控费、基金监管、信用评价、宏观决策等业务开展。

优化医疗保障线上服务。依托全国统一的医疗保障信息平台，构建“统一、高效、兼容、便捷、安全”的全省统一医疗保障信息平台，提升医疗保障信息化水平。落实“放管服”改革要求，依托移动互联网等新技术，打造全天候不间断运行的“掌上医保服务平台”，实现“让数据多跑腿，让群众少跑路”。优化医保结算方式，全面推广与应用医保电子凭证。大力推进“互联网+医保”服务。探索“人工智能+医保”“区块链+医保”“5G+医保”创新应用。

专栏 6 医疗保障服务优化工程

1. 构建全省统一的医疗保障信息平台。提升医疗保障信息化水平，为医保服务、监管和支付方式改革提供更强大的信息化支撑，为参保对象和定点医药机构提供更加方便快捷的医疗保障服务。

2. 全面实现医保业务掌上办、网上办。依托移动互联网等新技术，利用网上办事大厅、手机 APP、微信公众号、自助机等多种渠道，提供医保信息线上查询和业务线上办理，实现医保支付移动化和医疗票据电子化管理，积极推进基本医疗保险关系转移接续网上办理，逐步实现非直接结算医疗费用报销网上办理。

3. 优化医保结算方式。全面应用与推广医保电子凭证，开通包括自助一体机、APP、诊间扫码等多种自助结算平台，患者可通过微信、支付宝、网银等多种支付方式进行快捷结算。

4. 探索推进“互联网+医保”服务。积极开展“互联网+医保”服务，支持符合规定的“互联网+”医疗服务发展，做好医保支付政策衔接，提高医疗资源利用效率，引导合理就医秩序。优先保障门诊慢特病等复诊续方需求，显著提升长期用药患者就医购药便利性。适应“互联网+”医疗服务就医模式改变，不断改进和完善医保管理工作。做好“互联网+”医疗服务医保协议管理，完善“互联网+”医保支付政策，优化“互联网+”医保经办管理服务，强化“互联网+”医疗服务监管措施。

5. 探索“人工智能+医保”创新应用。基于人工智能技术建设“智能客服”系统，与医疗保障业务知识深度融合，建设智能政务服务中心，实现网厅、移动端等服务渠道和智能客服平台的对接，提供信息推送、业务指引、智能问答等智能化服务。基于 OCR 识别、生物识别、机器学习等创新技术，合作开展办事材料智能识别、病种待遇智能认定等新型智能软件场景化应用。

6. 探索“区块链+医保”创新应用。建立区块链基础信息平台，广泛链接相关政府机构、医药机构、金融机构、商业保险机构，积极推动区块链技术在处方、电子病历、电子票据、互联网医疗服务、医保基金监管等场景的应用，通过区块链技术促进跨部门数据共享应用和业务协同。

加强网络安全管理。贯彻《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》，落实网络安全工作责任制，健全完善网络安全制度规定，加强医保信息系统、数据等安全管理，依法保护参保人员基本信息和数据安全。建设网络安全综合管控平台，持续开展网络安全动态预警监测和风险评估，建立常态化网络安全检查和应急演练工作机制，提升安全防范和处置能力。

第三节 推进医疗保障标准化建设

落实国家医疗保障局主导、相关部门认同、各地协同推进的标准化工作机制，形成与医疗保障改革发展相适应的标准化体系。建立健全与相关部门、高等院校、社会团体等机构的协作机制，组建省级医疗保障标准化技术委员会，逐步形成医疗保障标准化智库，吸纳相关领域专家参与，加强标准化理论研究，为标准的制定贯彻提供支撑。推动医疗保障地方标准的研究制定和试用完善，引导和支持医药卫生行业组织在制定管理规范和技术标准、规范执业行为和促进行业自律等方面更好发挥作用。

按照国家要求，严格使用统一的医保药品、医疗服务项目、耗材等 15 项业务编码标准，统一网络、安全、数据交换、运行维护等技术标准，形成各地互认的“通用语言”。健全医保信息业务编码常态化维护工作机制，促进医保治理能力提升。

在落实《医疗保障经办大厅设置与服务规范》的基础上，针

对医疗保障服务人员仪表、语言、态度、行为和服务设施的安全、卫生、便利性等内容，制定医疗保障服务地方标准，统一服务绩效评价指标、信息披露及窗口服务规范，形成依据合理、指标完善、方法科学的服务质量评价和激励约束体系。

第四节 创建医疗保障共治共享新格局

发挥好政府、用人单位、医药机构、商业保险机构、社会组织等在医保治理格局的协同作用。积极探索定点公立医疗机构医保第三方派驻制度。鼓励引导市场参与多层次医疗保障体系建设，制定合理的激励约束机制。依托高等院校、科研院所合作共建医疗保障研究机构，搭建医疗保障交流合作和人才培养平台。引导社会力量参与医保政策研究、医保服务满意度评价，联合高等院校、商业保险机构等承办、承接医疗保障领域专项课题研究。探索发挥高端智库、专业机构和行业专家的决策支持和技术支撑作用。

专栏 7 医保共治共享平台建设

1. 与首都医科大学国家医疗保障研究院合作开展医保大数据治理和挖掘研究。在医保大数据挖掘分析及在决策支撑、基金智能监管、支付方式改革、基金运行评价等领域，借助现代科技开展数字化医疗保障研究。
2. 成立医疗保障研究院。依托高等院校、科研院所合作共建医疗保障研究院，在医疗保障理论研究、法规政策制定、社会服务等多方面开展合作，为我省医疗保障政策决策和医疗保障管理服务提供支撑。
3. 成立河南省医疗保障协会。推动建立健全医保行业管理约束机制，搭建信息资源平台，组织开展理论研究和学术活动，开展行业调查及统计分析，积极发挥协会“聚贤、纳言、立说、献策”作用。

第五节 加强人才队伍建设

突出政治标准，树立鲜明导向。把政治标准和政治要求贯穿医疗保障人才队伍建设全过程，加强政治历练，强化政治担当，提升政治素质。

完善培训体系，提升能力素质。建立常态化教育培训机制，高质量开展党的理论教育、党性教育、专业化能力培训和业务知识培训，分层次对医疗保障工作人员实施全员培训。加强与国内知名院校等相关单位的战略合作，不断提高教育培训的针对性和实效性。

优化队伍结构，激发人才活力。加大医疗保障领域专业人才引进力度，注重培养和选拔优秀年轻人才，调整和优化人才结构，及时将有发展潜力的优秀人才放到重要任务中锤炼、重点岗位上磨炼、重大斗争中历练。

从严从细管理，打造过硬作风。坚持严管就是厚爱，坚持抓早抓小、防微杜渐，紧盯重要岗位、重点人员，聚焦重大任务，全方位加强人才教育管理，使医疗保障人才队伍知敬畏、存戒惧、守底线。

第九章 加强规划实施保障

第一节 坚持和加强党的全面领导

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面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，增强“四个意识”、坚定“四个自信”、做到“两个维护”。

坚持以政治建设为统领，把党的领导贯彻到医疗保障事业发展全过程、各方面，以党的建设高质量引领医疗保障事业发展高质量。坚持全面从严治党，深入践行新时代党的建设总要求，加强基层党组织建设，激励广大党员干部担当作为。锲而不舍落实中央八项规定精神，持续纠治形式主义、官僚主义，健全改进作风和为基层减负常态化机制。强化对公权力运行的制约和监督，加强党风廉政建设和反腐败斗争，一体推进不敢腐、不能腐、不想腐，保持风清气正的良好政治生态。

第二节 推进医疗保障法治建设

积极推进医疗保障法治建设，推动治理能力和治理体系现代化。制定完善配套政策，加快形成与医疗保障改革方向相一致、有利于制度定型完善的法规规章体系。严格依法行政，依法全面履行职能。推行权力清单、责任清单、服务清单制度，落实法律顾问制度，加强规范性文件管理，强化公平竞争审查。落实法治建设第一责任人制度，建立重大决策合法性审查机制、重大决策终身责任追究制度及责任倒查机制。推行行政执法“三项制度”，全面落实行政执法责任制，加强执法监督和责任追究。坚持严格规范公正文明执法，加强医保服务协议管理、行政指导、行政和解、行政调解、法律风险防控等非强制手段应用，深入推行服务型行政执法，以法治方式实现管理目的。推进行政复议应诉工作规范化。

第三节 建立健全工作推进机制

各地要把实施“十四五”医疗保障发展规划作为重要工作任务，把党的领导贯彻到规划实施全过程。将落实规划纳入保障和改善民生的重点任务，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。各有关部门要按照职责分工，细化目标任务，保障规划有效实施。建立健全规划实施监测评价机制，在省政府统一领导下，省医疗保障局负责牵头制定规划任务分工方案和监测评价方案，并对规划实施进度和效果进行年度监测和中期、末期评估，监督重大项目实施，及时发现存在问题，并研究解决对策。各地医疗保障部门要对规划在本地实施情况进行督导，确保规划顺利实施。

第四节 营造良好舆论氛围

加强“十四五”医疗保障发展规划重大意义和重点任务宣传，做好政策解读，运用多种媒介，将医保惠民政策举措讲清说透。紧跟规划实施进程，大力宣传医疗保障领域创新发展的好做法、好经验和成效。做好信息公开和新闻发布，及时准确发布权威信息。加强舆论引导，及时回应社会关切，营造支持推动医疗保障事业高质量发展的浓厚氛围。