

庆城县人民政府办公室文件

庆政办发〔2022〕21号

庆城县人民政府办公室 关于印发《庆城县“十四五”医疗保障 事业发展规划》的通知

各乡、镇人民政府，县直相关部门，省、市驻庆有关单位，各定点医药机构：

《庆城县“十四五”医疗保障事业发展规划》已经县十九届政府第8次常务会议审议通过，现印发你们，请认真抓好贯彻落实。

庆城县人民政府办公室

2022年5月6日

办公室

庆城县“十四五”医疗保障 事业发展规划

为深入贯彻落实中央、省市关于深化医疗保障改革的决策部署，进一步推动全县医疗保障事业高质量发展，根据《庆阳市人民政府办公室关于印发庆阳市“十四五”医疗保障事业发展规划的通知》（庆政办发〔2022〕31号）和《中共庆城县委庆城县人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施方案》（县委发〔2021〕23号）精神，结合实际，制定本规划。

一、发展基础和面临形势

（一）发展基础

“十三五”期间，县委、县政府认真贯彻落实国家、省市关于医疗保障工作的决策部署，组建县医保局，持续深化医疗保障制度改革，全县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，全民医保目标基本实现，医药服务改革取得成效，医保治理和服务能力明显提高，为缓解群众看病难、看病贵发挥了重要的兜底保障作用。

制度体系更加完善。以基本医疗保险为主体，城乡居民大病保险、职工补充医疗保险为补充，医疗救助为托底的多层次医疗保障制度体系基本形成。城乡居民基本医疗保险实现市级统筹，

职工基本医疗保险和生育保险合并实施，职工基本医疗保险市级统筹启动实施，初步建立了适应我县经济发展水平的基本医保制度体系。

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，日间手术、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）付费制度试点有序推进。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，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。

医保扶贫成效明显。聚焦“基本医疗有保障”目标要求，将农村低收入人口全部纳入医疗保障范围，实施分类参保资助，应保尽保。不断完善基本医保、大病保险、医疗救助三重制度综合保障政策，农村低收入人口住院医疗政策范围内费用实际补偿率达到85%以上。严格落实“先看病后付费”和“一站式”结报工作。

重点改革成效显著。医保目录进一步健全规范，药品目录动态调整机制不断完善，药品耗材集中带量采购制度化、常态化机制初步建立，谈判药品全部纳入医保目录，符合规定的中药饮片、颗粒剂中成药等纳入医保支付范围。医疗服务

价格调整机制趋于常态，对部分收费项目多次进行调整、规范和增补。推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革初见成效，开展了按单病种限额付费、日间手术限额付费、门诊慢特病按人头限额付费，按 DRG 付费国家试点进入实际付费阶段。

监管水平稳步提高。基金监管体系初步建立，联席会议、举报奖励等制度不断健全完善，日常检查、飞行检查、专项检查、联合检查等综合监管格局基本形成，协议管理和监管长效机制建立，打击欺诈骗保行为成效明显，医保基金使用不断规范。

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，优化门诊慢特病办理模式，探索互联网医保定点医院试点。实施参保费用减征缓缴政策，为企业减征医疗保险费 125.33 万元。新冠病毒疫苗接种实行全民免费。

经办服务不断优化。医保经办服务体系不断完善，定点医药机构协议管理更加规范，经办服务能力进一步提高。异地就医结算工作稳步推进，实现了住院费用异地就医直接结算。梳理医保政务服务事项，建立服务事项清单，优化经办服务流程，压缩办理时限，推行医保公共服务事项“一窗办”成效明显。

群众获得感持续增强。基本医疗保险制度实现全覆盖，基金规模逐年扩大、抗风险能力不断增强、待遇保障水平稳步提升。2019年至2021年，基本医疗保险覆盖75.46万人，覆盖率稳定在99%以上；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63%左右和82%左右。城镇职工和城乡居民基本医疗保险基金收入分别达到1.99亿元和5.78亿元，医保基金累计支付6.0亿元。城乡居民、城镇职工门诊慢特病分别扩展到52种和35种。城镇职工长期门诊治疗的肿瘤放化疗等4种费用按住院政策予以报销，城乡居民“两病”患者门诊药品费用纳入统筹基金支付。

（二）面临形势

“十四五”时期是开启全面建设社会主义现代化国家新征程的起步期，也是推动医疗保障高质量发展的重要战略机遇期。党中央、国务院高度重视医疗保障工作，习近平总书记对医保工作作出一系列重要指示批示，为新时期医疗保障工作指明了前进方向、提供了根本遵循。省委、省政府印发了《关于深化医疗保障制度改革的实施意见》，市委、市政府，县委、县政府先后出台了《关于深化医疗保障制度改革的实施方案》，明确了“十四五”时期医疗保障制度改革的目标任务和路径举措，规划了蓝图。

我县医疗保障事业经过发展，全民医保制度体系已经基本建成，医疗保障领域改革稳步推进，为医疗保障事业高质量发展创

造了有利条件。但应清醒认识到，我县医疗保障事业发展不平衡、不充分的问题还比较突出，深化医保改革尚处于初期阶段，医保与医疗、医药等相关领域改革协同性有待加强，保障不足的问题仍然存在，重大疾病保障还有短板，医保经办服务力量不足，专业人员匮乏的问题比较突出。以上问题需在“十四五”期间精心谋划，统筹解决，为有效保障人民群众生命安全，建设健康庆城发挥更好的兜底保障作用。

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，深入贯彻落实党的十九大和十九届历次全会精神，按照省、市、县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，构建新发展格局，坚持以人民为中心，以深化医保制度改革为主线，以体制机制创新为动力，深入推进健康庆城建设，加快建设覆盖全民、城乡统筹、公平统一、可持续的多层次医疗保障体系，不断提升人民群众的获得感、幸福感、安全感。

（二）基本原则

1. 坚持党的领导，精准保障。始终坚持党对医疗保障工作的全面领导，发展和完善符合县情的医疗保障制度。坚持统一性，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。

2. 坚持公平实施，高效为民。把维护人民生命安全和身体健康放在首位，实施更加公平、更加高效、更高质量的医疗保障，让广大人民群众共享改革发展成果，增进民生福祉，促进社会公平，推进共同富裕。

3. 坚持保障基本，更可持续。坚持实事求是，尽力而为、量力而行，把保障基本理念贯穿始终，科学合理确定保障范围和标准，防止过度保障和保障不足，提高基金统筹共济能力，防范和化解基金运行风险。

4. 坚持系统集成，协同高效。准确把握医疗保障各制度之间、医疗保障领域和相关领域之间改革的协同性，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。

5. 坚持精细管理，优质服务。深入推进医保领域“放管服”改革，加强能力建设，优化定点医药机构管理，健全基金监管长效机制。坚持传统服务方式和智能化应用创新并举，为群众提供更高效、更便捷的服务。

6. 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，形成政府、市场、社会协同保障的格局。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，提高医疗保障治理水平。

（三）发展目标

到2025年，全县医疗保障制度更加成熟定型，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、医保管理服务等领域改革任务，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。

1. 建设公平医保。城乡居民医疗保险市级统筹完善巩固，职工医疗保险市级统筹稳步推进。严格落实待遇清单制度，实现待遇政策公平统一，制度间、群体间、区域间医疗保障水平差距明显缩小，大病和慢性病保障水平显著提升。

2. 建设法治医保。医疗保障法治化程度明显提升，医疗保险依法治理和监管能力明显提高，全社会医保法治观念明显增强，医药机构管理和基金监管更加规范、高效。

3. 建设安全医保。防范化解因病致贫返贫长效机制基本建立，医保信息系统运维安全平稳，数据安全得到保障，医保基金监管制度体系健全完备，基金安全和医保可持续发展得到有力保障。

4. 建设智慧医保。依托全省统一的医疗保障信息平台，不断补充完善管理服务功能，医保标准化、智能化广泛运用，全渠道、全业务、全流程医保数字化治理体系和经办服务体系基本形成，传统服务方式和线上服务方式共同发展，就医结算更加便捷，医保服务更加优质。

5. 建设协同医保。医疗保障和医药服务高质量协同发展，各类保障有机衔接。“三医”联动改革的整体性、系统性、协同性大幅提升。

专栏 1 庆城县医疗保障“十四五”时期发展主要指标

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（%）	>98	>95 ^①	约束性
基金安全	基本医疗保险（含生育保险）基金收入（亿元）	2.15	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）	2.07	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（%）	80	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（%）	62	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	70	预期性
	个人卫生支出占卫生总费用的比例（%）	28.74	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（%）	95.81	95	预期性
精细管理	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）	57	>500 ^②	预期性
	高值医用耗材集中带量采购品种（类）	0	>5 ^③	预期性
优质服务	住院费用跨省直接结算率 ^④ （%）	51.7	>70	预期性
	住院费用省内异地直接结算率（%）	70	>90	预期性
	医疗保障政务服务事项线上可办率（%）	39	80	预期性
	医疗保障政务服务事项窗口可办率（%）	100	100	约束性

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指到 2025 年药品集中带量采购品种达 500 个以上。

③指到 2025 年高值医用耗材集中带量采购品种达 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。

三、重点任务

(一) 巩固提高医疗保障统筹层次

1. 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参加职工基本医疗保险人员以外的其他所有城乡居民。灵活就业人员可根据自身实际，以合适方式参加基本医疗保险。完善灵活就业人员参保缴费方式，放开对灵活就业人员参保的户籍限制。落实困难群众分类资助参保政策。

2. 优化参保缴费服务。加强医保、税务部门和商业银行等“线上+线下”合作，拓展医疗保险缴费渠道，优化城乡居民参保缴费服务，提高征缴效率。持续加强参保政策宣传，加强考核，进一步增强乡镇、村组在参保征缴中的主体作用。做好跨统筹区参保人员基本医疗保险关系转移接续工作。

3. 实施精准参保扩面。按照应参尽参、依法参保的要求，落实全民参保计划。建立健全医保部门与教育、公安、民政、人社、卫健、税务、市场监管、乡村振兴等部门的数据共享机制，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。充分利用全省统一的医疗保障信息平台，全面清理无效、虚假、重复参保数据，精准识别参保人员状态，不断提升参保质量。

4. 完善责任均衡筹资机制。均衡个人、用人单位和政府三方筹资责任，优化个人缴费和政府补助结构。就业人员参加基本

医疗保险由用人单位和个人共同缴费，非就业人员参加基本医疗保险实行个人缴费和政府补助，缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩。执行国家医疗保险基准费率制度。提高统筹基金在职工基本医疗保险基金中的比重。探索应对人口老龄化医疗费用的多渠道筹资政策，加强财政对医疗救助的投入。

5. 巩固提高基金统筹层次。按照政策制度统一、基金统收统支、管理服务一体的标准，巩固城乡居民基本医疗保险市级统筹成效，2022 年实现城镇职工基本医疗保险市级统筹。健全完善市级统筹配套政策，建立健全与医疗保障统筹层次相适应的管理体系，夯实分级管理责任，强化就医管理和医疗服务监管。

6. 强化基金预算管理和风险预警。科学编制医疗保险基金收支预算，加强预算执行监督，增强预算的严肃性和约束力。建立基金运行月监测、季分析、半年评估制度，构建风险预警和收支平衡机制。建立医保基金绩效评价体系，将评价结果与医保基金支付挂钩，促进基金中长期可持续发展。

（二）不断完善医疗保障体制机制

1. 完善基本医疗保险待遇制度。完善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，基金分别建账、分账核算。稳步提高基本医疗保险住院待遇和门诊待遇，改革职工基本医疗保险个人账户，落实职工基本医疗保险普通门诊费用共济保障政策，不断优化城乡居民基本医疗保险门诊保障政策，推进完善城

乡居民“两病”门诊用药保障机制。

2. 落实医疗保障待遇清单制度。严格按照国家待遇清单制度要求，规范基本政策、基本制度、基金支付项目和标准，实施公平适度保障。建立健全重大事项请示报告制度，不出台超出清单范围的政策。

3. 规范补充医疗保险制度。完善和规范城乡居民大病保险制度，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。逐步规范职工补充医疗保险制度。

4. 健全医疗保险救助制度。落实全省统一的医疗救助基本政策和医疗救助基金管理制度，规范医疗救助基金财政专户管理，实现医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相一致。建立救助对象及时精准识别机制，实施分层分类救助。科学确定救助范围，健全重点救助对象医疗费用救助机制，全面落实重点救助对象参保缴费资助政策。建立防范和化解因病致贫返贫长效机制，建立依申请救助制度，增强医疗救助托底保障功能。

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. 完善基本医疗保险政策，夯实医疗救助托底保障，发展商业健康保险，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。

5. 有效衔接乡村振兴战略。巩固拓展医保脱贫攻坚成果，构建医疗保障防贫减贫长效机制，实现由集中资源支持脱贫攻坚向基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重制度常态化保障平稳过渡。继续实施资助参加基本医疗保险、大病保险倾斜支付、医疗救助托底保障等各项医疗保障帮扶政策。开展因病致贫返贫风险监测工作，建立防范和化解因病致贫返贫主动发现机制、动态监测机制、信息共享机制、精准帮扶长效机制。

6. 健全重大疫情医疗保障机制。严格执行国家制度安排，完善重大疫情医疗救治医保支付政策，在突发疫情等紧急情况时，医疗机构先救治、后收费，确保患者不因费用问题影响就医。按照省上统一安排，落实重大疫情特殊群体、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，减轻困难群众就医后顾之忧。统筹医保基金和公共卫生服务资金，提高对基层医疗机构支付比例，实现公共卫生服务和医疗服务有效衔接。

7. 完善生育保险政策措施。继续落实生育保险待遇保障，规范生育医疗费用支付管理，推进生育费用支付方式改革，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，提高生育保险与职工基本医疗保险合并实施成效。

8. 鼓励商业健康保险发展。鼓励商业保险机构提供医疗、

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，逐步将医疗新技术、新药品、新器械应用纳入商业健康保险保障范围。支持商业保险机构与中医药机构合作开展健康管理服务，开发中医治未病等保险产品。注重发挥商业医疗保险作用，引导商业保险机构创新完善保障内容，提高保障水平和服务能力。厘清基本医疗保险责任边界，支持商业保险机构开发与基本医疗保险相衔接的商业健康保险产品，促进基本医疗保险与商业保险、社会慈善捐赠、医疗互助等各类医疗保险产品互补衔接，提高重特大疾病和多元医疗需求保障水平。规范商业保险机构承办大病保险业务，建立并完善绩效评价机制。推进基本医疗保险与商业健康保险等各类医疗保险的数据共享和“一站式”结算。落实行业监管部门责任，加强市场行为监管，突出商业健康保险产品设计、销售、赔付等关键环节监管，提高保障服务能力。

9. 建立长期护理保险制度。根据省、市统一安排部署，建立长期护理保险制度，完善多渠道筹资机制，合理确定保障范围和待遇标准，实行统一的长期护理保险失能评估标准。做好长期护理保险基金与经济困难的高龄、失能老年人补贴以及重度残疾人护理补贴等政策的衔接。建立健全长期护理保险经办服务体系，积极探索不同统筹地区之间长期护理费用异地结算办法，逐步解决异地安置退休人员、异地长期居住人员等群体的长期护理需求。完善管理服务机制，引入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。

10. 支持医疗互助有序发展。加强医疗互助与职工基本医疗保险有效衔接，依托全省统一的医疗保障信息平台，推动医疗保障与医疗互助信息共享，推进“一站式”结算，充分发挥医疗保险和医疗互助的协同效应。坚持职工医疗互助的互济性和非营利性，减轻职工医疗费用负担，提高服务保障能力。

（三）着力深化医保协同治理体系

1. 统一医保目录动态管理。积极做好国家医保药品、医疗服务项目、医用耗材等基本医保目录库的落地实施，规范诊疗项目和医用耗材目录，落实目录动态调整机制。对国家《药品目录》和我省调整纳入基金支付范围的中药饮片实行“甲类”支付。

专栏 3 医保目录药品监测评估工程

1. 建立评估机制。建立纳入省级医保支付范围的医疗机构制剂、中药饮片评估框架和指标体系，评估药品使用相关数据，为目录调整和支付标准确定提供依据。
2. 建立医保目录药品评价监测机制。监测医保目录内药品配备、使用、挂网、医保支付和临床疗效等情况。监测国家谈判药品挂网采购、临床使用、支付标准的情况。

2. 深化医保支付方式改革。发挥医保基金战略购买作用，建立精准、科学、有效的支付方式制度，完善医保差异化支付政策，合理拉开基层医疗卫生机构、二级医疗机构间报销水平差距，支持建立分级诊疗体系，促进医疗资源合理配置。全面实行总额控制下按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，巩固推广按疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点工作成果，

建设 DRG 国家示范点，扩大按 DRG 付费覆盖范围。2022 年 9 月庆城县岐伯中医医院实现按 DRG 付费试点，2023 年各乡、镇卫生院实现按 DRG 付费，付费病种覆盖比例达到 90%，DRG 付费的医保基金占全部符合条件的住院医保基金支出的比例达到 70%。开展门诊支付方式改革。建立健全县域紧密型医疗共同体总额付费支付政策，探索开展中医适宜技术和优势病种支付方式改革，开展医保支付方式改革绩效评估。

3. 健全医保支付规则体系。发挥医保支付引领作用，适应药品、医用耗材阳光采购和集中带量采购要求，结合基金承受能力以及群众医药费用负担，建立健全相配套的医保支付规则体系。完善医保诊疗服务项目范围管理，落实诊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、透明的诊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。

专栏 4 多元复合式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 DRG 付费预算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. 按疾病诊断相关分组付费。推广按疾病诊断相关分组付费国家试点经验，不断优化细化分组方案，建立国家“示范点+培训基地”。
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。

4. 完善定点医药机构预算分配。坚持“以收定支、收支平

衡、略有结余”的总额预算原则，统筹考虑住院与门诊保障、药品（医用耗材）与医疗服务支付、市内就医与转外就医等情况，完善分项分类预算管理办法，健全预算和结算管理机制。医保经办机构按协议约定向医疗机构预付部分医保基金，不断提高医保基金使用绩效。

5. 加强定点医药机构管理。全面落实医保定点医疗机构、定点零售药店管理办法。完善基本医疗保险协议管理，简化优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序，将符合条件的医药机构纳入医疗保险协议管理范围。支持“互联网+医疗”等新模式发展。完善协议考核办法，探索建立医保经办机构和定点医药机构履行协议第三方考核机制和服务等级评价体系，健全定点医药机构退出机制。

（四）改革推进医药价格形成机制

1. 深化药品和医用耗材集中带量采购改革。落实药品分类采购政策和国家组织的药品、耗材集中带量采购工作，完善动态调整机制，推进全县集中带量采购工作常态化开展。完善支付标准与招标采购价格协同联动机制，探索推进医保基金与医药企业直接结算。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。

2. 建立健全药品、医用耗材价格监测机制。建立定点医药机构药品和医用耗材采购价格监测机制，推进价格信息共享，开

展价格异常变动分析和预警。坚持质量优先、价格合理的原则，对药品、医用耗材价格实施常态化监管。

专栏 5 医药价格监测工程

1. 完善监测体系。强化监测制度保障，注重普遍监测与深度监测相结合，开展多维度、多主体的连续监测。
2. 扩大监测范围和内容。以公立医院为主，逐步向社会办医疗机构、零售药店等延伸。在监测采购价格的同时，向监测服务收费、要素成本等方面拓展。
3. 依据省级监测信息数据应用系统，开展价格分析警示，提供相关决策支持；公布价格信息，服务相关部门和社会。

3. 深化医疗服务价格改革。建立健全适应经济社会发展、更好发挥政府作用、医疗机构充分参与、灵敏有度的价格动态调整机制，重点考虑中医等体现技术劳务价值的医疗服务项目。加强总量调控、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。健全医疗服务价格项目进入和退出机制。完善公立医疗机构价格监测机制，根据医疗机构等级、功能定位等因素，优化诊疗服务价格结构，逐步提高医疗服务收入占公立医院收入的比例，理顺比价关系。统筹兼顾医疗发展需要和各方承受能力，及时审核新增医疗服务价格项目，支持临床新技术、新项目的应用。

4. 提高医药产品供应和保障能力。严格药品配送监管，有序推进药品追溯体系建设。健全短缺药品监测预警和分级应对体系，进一步做好短缺药品保供稳价。完善唯一标识政策，拓展医疗器械唯一标识在医保等领域的衔接应用。逐步建立药品配送企

业应急储备、库存报告制度，保障集中采购药品供应。支持药店连锁化、专业化、数字化发展，更好发挥药店独特优势和药师作用。依托全国统一的医疗保障信息平台，支持电子处方流转。

（五）加快健全基金监管体制机制

1. 建立健全监督检查制度。贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，加强日常监管，推行专项整治、飞行检查、重点检查、专家审查等多形式检查监管制度，进一步规范定点医药机构医疗服务行为，确保基金安全。健全完善“双随机、一公开”检查机制，规范不同检查形式的对象、内容、工作要求和流程，明确各方权利义务，确保公开、公平、公正。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，提升监管的专业性、精准性、效益性。

专栏 6 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、全流程、全环节监控。
2. 现场检查全覆盖。健全常态化日常监管工作机制，每年开展一次全覆盖式现场检查。现场检查由县医保部门负责，对辖区内全部定点医药机构开展检查。
3. 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，有效举报线索凡接必查，实名举报查实必奖。动员社会力量参与监管，强化社会监督员队伍建设。
4. 监管责任全覆盖。健全基金监管执法体系，强化监管责任，合理调配监管力量。加强医保部门与卫健、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。

2. 全面建立智能监控制度。充分利用省级医保信息平台智能监管系统，持续完善智能监控措施，开展药品、医用耗材进销存实时管理。不断总结扩大按疾病诊断相关分组付费（DRG）等

支付方式，积极探索“互联网+医疗健康”等智能新模式，逐步实现智能审核全覆盖。加强对定点医疗机构临床诊疗行为的引导和审核，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。

专栏 7 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. 推广视频监控、生物特征识别等技术应用。
4. 将异地就医、购药即时结算纳入智能监控范围。

3. 逐步建立医保信用管理体系。逐步建立医疗保障信用管理制度，形成信用承诺、信用评价、信息共享、结果公开、结果应用、信用修复等全链条闭环式信用监管，推动实施分级分类监管。利用医疗保险信用积分数据管理系统，实施医疗保险信用积分管理，根据医疗保险信用积分确定信用主体等级，将各类医疗保险违规经济处罚与医疗保险信用积分直接关联，形成可视化监管和透明科学决策。对监管对象实行差异化监管措施，按程序将性质恶劣、情节严重、社会危害大的医疗保障违法失信责任主体纳入严重失信主体名单，依法依规开展失信联合惩戒。建立药品和医用耗材生产流通企业信用承诺制度，鼓励行业协会开展自律建设，促进行业规范发展。

4. 健全完善综合监管制度。完善部门联动机制，开展联合

检查，形成监管合力。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。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法依规依纪严肃处理。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。

5. 健全完善社会监督制度。发挥社会监督作用，构建多方协同的基金安全防控体系，推动政府治理、社会监督、舆论监督良性互动。完善第三方绩效考核制度、社会监督员制度和欺诈骗保举报奖励制度，健全完善要情报告制度。用好基金监管曝光台，做好医保基金监管典型案例的收集遴选和公开通报。建立信息强制披露制度，经办机构定期向社会公告基金收支、结余和收益情况。

6. 加快医疗保障法治建设。积极贯彻实施医疗保障法律法规，推进依法行政。深化“放管服”改革，完善权责清单、执法事项清单、服务清单，全面推进权力公开透明运行。严格按重大行政决策程序，加强行政规范性文件的制定和监督管理。落实医保行政处罚程序规定，规范执法文书样式、行政执法指引，约束行政执法自由裁量权。改进执法方式，加强执法监督，建立健全医疗保障行政执法公示、执法全过程记录、重大执法决定法制审核等制度。压实医疗保障部门执法主体责任，加强医疗保障执法人员业务培训，不断规范执法行为，全面提高执法队伍的整体能力和水平。

7. 支持医疗卫生服务能力提升。按照“总额付费，加强监

督考核，结余留用”原则，支持紧密型城市医联体、紧密型县域医共体等整合型医疗卫生服务体系建设，推动优质资源扩容布局，促进基层医疗机构发展，加强首诊行为管理，加大差别化支付激励政策，推进基层首诊制落实，实现医疗优质资源、患者、基金“三下沉”。促进定点医药机构行业行为规范、成本控制和行业自律，完善医疗机构医保管理制度。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。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、上门医疗服务等新模式新业态有序发展，促进人工智能等新技术合理运用。

（六）持续优化医保公共服务体系

1. 加强经办服务能力建设。建立统一规范的医疗保障公共服务和稽核监管标准体系。统一经办规程，规范服务标识、窗口设置、服务事项、服务流程、服务时限，推进标准化窗口和示范点建设。加强医疗保障经办力量，建立覆盖县、乡镇、村（社区）的医疗保障经办服务网络，乡镇要根据服务人口数量配备1至2名医保工作专职人员。依托乡镇政务服务中心，加强医疗保障经办力量，大力推进服务下沉。加强医疗保障经办管理服务机构内控制度建设，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 8 医疗保障服务示范工程

1. 实现全县所有经办服务标准化窗口全覆盖，落实全国医疗保障管理服务窗口标准规范，实施国家示范窗口评定标准。
2. 建设县级、乡镇经办服务示范窗口，重点向乡镇倾斜。
3. 建设医疗保障基层服务示范点，面向乡镇和村（社区）两级，结合人口分布、人口流动、经济社会发展水平，因地制宜制定评定标准，推动医疗保障经办服务下沉。
4. 建设医疗保障定点医疗机构示范点，推动精细化管理，提升参保人就诊体验。
5. 建设智慧医保管理服务示范点，提升经办管理服务数字化、智能化水平。

2. 切实提升医保服务质量。落实全省统一的医疗保障经办服务事项清单及办事指南，实现医疗保障一站式服务、一窗口办理、一单制结算。加快推进各类人群参保、医疗保险关系转移接续、异地就医住院直接结算等公共服务网上办理，实施异地门诊和购药直接结算。探索实施“视频办”，推进高频医疗保障政务服务事项“跨省通办”。深化医疗保障系统作风建设，实施“好差评”制度，提高医保公共服务运行效率和服务质量。

专栏 9 医疗保障政务服务提升工程

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、督促纠改和反馈机制，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. 实施“跨省通办”。推进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、异地就医备案、门诊费用跨省直接结算、医疗保障定点医疗机构基础信息变更、生育保险待遇核定与支付等高频医疗保障政务服务事项“跨省通办”。
3. 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，鼓励发展诊间结算、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。
4. 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，畅通为老年人代办的线下渠道，优化完善无障碍设施，提供预约服务、应急服务，积极推广“一站式”服务。优化网上办事流程，提供更多智能化适老服务。

3. 完善异地就医直接结算服务。制定全县统一的异地就医直接结算管理办法和工作规程，积极推进“省内无异地”，探索开展医疗费用手工（零星）报销线上服务，提供住院普通门诊、门诊慢特病费用线上线下一体化的异地就医结算服务，探索重大公共卫生事件医疗保障费用异地就医直接结算。

专栏 10 异地就医结算能力建设工程

1. 完善异地就医直接结算制度。制定全县统一的异地就医直接结算管理办法和工作规程，加强异地就医平台建设，探索重大公共卫生事件医疗保障费用异地就医直接结算。
2. 优化异地就医结算管理服务。完善异地就医业务管理、基金管理和信息管理，加强异地就医业务指导，保障异地就医直接结算平稳运行。
3. 积极推进“省内无异地”。探索开展医疗费用手工（零星）报销线上服务，提供住院、普通门诊、门诊慢特病费用线上线下一体化的异地就医结算服务，提高直接结算率。
4. 加强医保信息业务编码贯标工作。指导定点医疗机构开展业务培训，及时完成医保目录对码映射工作。

4. 健全完善医保协议管理。完善基本医疗保险协议管理，简化优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序，定期修订医保服务协议范本，加强事中事后监管。完善协议考核办法，建立医保经办机构 and 定点医药机构履行协议第三方考核机制和服务等级评价体系，健全定点医药机构准入和退出机制。

5. 推进经办治理机制创新。推进经办管理服务与政务服务、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。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。

6. 完善“互联网+医疗健康”医保服务。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。

7. 提升医保大数据综合治理能力。充分利用全省统一的医疗保障信息平台，加强对医疗保障基础信息数据、结算数据、定点医药机构管理数据的采集、存储、清洗、使用，为基金监管、药品采购、公共服务等业务提供数据支撑，为参保群众提供更加便捷、可及的医疗保障服务。完善部门数据协同共享机制，探索多维度数据校验，提升精细化治理水平，提高医药资源配置效率。强化医疗保障信息基础设施建设，维护信息平台安全运行。

8. 强化协商共治机制。探索形成医疗保险利益相关方定期协商机制，建立健全医保部门、人大代表、政协委员、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参加的协商机制，引导社会力量参与医保政策研究、医保服务满意度评价。

四、保障措施

（一）加强党的全面领导。全面加强党对医疗保障事业的集中统一领导，医疗保障系统各级党组织要增强“四个意识”，坚定“四个自信”，做到“两个维护”，不断提高贯彻新发展理念、

构建新发展格局能力和水平，加快把党的政治优势、制度优势转化为发展优势，把党的领导贯彻到医疗保障制度改革发展全过程，加强对规划实施情况的跟踪分析和监督检查。

（二）加强规划监测评估。建立规划实施机制，做好规划重点任务分解，明确责任单位、实施时间表和路线图，提升规划实施效能。完善“动态监测—中期评估—总结评估”的规划实施监测评估体系，综合运用部门考评和第三方评估手段抓好监测评估工作，动态监测重点任务进展、主要指标完成情况，严格把握中期评估节点，做好相关目标任务调整，按期开展总结评估。

（三）加强部门协同配合。建立健全与“三医联动”改革相适应的统筹协调机制。县医疗保障主管部门负责统筹推进医疗保障制度改革，会同有关部门研究解决改革中的重大问题，指导全县做好医疗保障工作。其他相关部门要依法履职，明确任务，完善政策措施，协同推进改革。医保部门要主动加强与财政、纪检监察、公安、卫健、市场监管、税务等部门的联系对接，统一部署、部门联动、密切协作、形成合力，确保“十四五”医疗保障事业高质量发展。

（四）加强人才队伍建设。坚持政治引领、服务大局，坚持科学统筹、务实高效，努力打造一支忠诚、干净、担当的医疗保障干部队伍。要做好医保人才队伍建设计划，选优配强医保力量，医保部门要主动加强与组织、人事、编制等部门的沟通，加强医

保部门工作力量。要健全常态化人才培养机制，优化培训内容，规范培训流程，加强行政执法监管、信息化、经办队伍建设，通过业务培训、岗位练兵、实践带教等多种方式，有效提升医保队伍业务能力。优化队伍结构，稳妥、合理、有序引进紧缺急需的高素质专业人才。

（五）加强舆论氛围营造。积极主动做好医疗保障政策解读和宣传，加强医疗保障制度改革宣传推广、科学引导和典型报道，及时回应社会关切，有效合理引导预期，注重倾听群众呼声，做好舆情精准研判。充分调动各方支持配合改革的积极性和主动性，凝聚社会共识。加强对定点医药机构和广大参保人员有关医保法律法规政策宣传，树立参保人的健康管理意识，提高定点医药机构和参保人员法治意识。

附件：庆城县“十四五”医保事业发展规划重点任务分解表

庆城县“十四五”医保事业发展规划重点任务分解表

序号	主要内容	工作任务	牵头单位	配合单位	进度要求
一	巩固提高医疗保障统筹层次	1. 依法依规分类参保，完善灵活就业人员参保缴费方式，放开对灵活就业人员参保的户籍限制；落实困难群众分类资助参保政策。	县医保局 县财政局	各乡镇、镇人民政府 县税务局	每年 12月底前
		2. 优化参保缴费服务，拓展医疗保险缴费渠道，优化城乡居民参保缴费服务，持续加强参保政策宣传，做好跨统筹区参保人员基本医疗保险关系转移接续工作。	县医保局	各乡镇、镇人民政府 县税务局	每年 12月底前
		3. 实施精准参保扩面，落实全民参保计划，完善覆盖全民的参保数据库，实现参保信息实时动态查询。	县医保局	县教育局 县民政局 县人社局 县卫健局 县税务局 县市场监管局 县乡村振兴局	持续推进
		4. 完善责任均衡的筹资机制，优化个人缴费和政府补助结构，探索应对人口老龄化医疗费用的多渠道筹资政策，加强财政对医疗救助的投入。	县医保局	县财政局	持续推进
		5. 巩固城乡居民基本医疗保险市、县、乡、村四级统筹成效，2022年实现城镇职工基本医疗保险市、县、乡、村四级统筹；健全完善市、县、乡、村四级医疗保障统筹层次相适应的管理体系。	县医保局	县财政局 县税务局	2022年完成，并持续推进
		6. 强化基金预算管理和风险预警，科学编制医疗保障基金收支预算，建立基金运行月监测、季分析、半年评估制度，构建风险预警和收支平衡机制；建立医保基金绩效评价体系，将评价结果与医保基金支付挂钩，促进基金中长期可持续发展。	县医保局	县财政局	持续推进

序号	主要内容	工 作 任 务	牵头单位	配合单位	进度要求
二	不断完善医疗保障体制机制	1. 完善基本医疗保险待遇制度，稳步提高基本医疗保险住院待遇和门诊待遇，改革职工基本医疗保险个人账户，落实职工基本医疗保险普通门诊费用共济保障政策，推进完善城乡居民“两病”门诊用药保障机制。	县医保局	县财政局	2022年完成，并持续推进
		2. 落实医疗保障待遇清单制度，实施公平适度保障，建立健全重大事项请示报告制度。	县医保局	县财政局	2022年完成，并持续推进
		3. 完善和规范城乡居民大病保险制度，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；规范职工补充医疗保险制度。	县医保局	县财政局	持续推进
		4. 健全医疗救助制度，实现医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相一致；建立救助对象及时精准识别机制，全面落实救助重点对象参保缴费政策，健全重点救助对象医疗费用救助机制；建立防范和化解因病致贫返贫长效机制，建立依申请救助制度。	县医保局	县财政局 县民政局 县乡村振兴局	持续推进
		5. 巩固拓展医保脱贫攻坚成果，构建医疗保障扶贫长效机制，开展因病返贫致贫风险监测工作，建立防范和化解因病致贫返贫主动发现机制、动态监测机制、信息共享机制、精准帮扶长效机制。	县医保局	县民政局 县乡村振兴局	持续推进
		6. 完善重大疫情医疗救治医保支付政策，落实重大疫情特殊群体、特定疾病医药费豁免制度，统筹医保基金和公共卫生服务资金，提高对基层医疗机构支付比例。	县医保局	县财政局 县卫健局	持续推进
		7. 完善生育保险政策措施，规范生育医疗费用支付管理，推进生育费用支付方式改革，继续落实城乡居民基本医疗保险参保人员生育医疗费用待遇保障。	县医保局	县财政局	持续推进
		8. 鼓励商业保险机构提供多领域的综合性健康保险产品或服务，支持商业保险机构与中医药机构合作开展健康管理服务，开发中医治未病等保险产品；规范商业保险机构承办大病保险业务，建立并完善绩效评价机制。推进基本医疗保险与商业健康保险等各类医疗保险的数据共享和“一站式”结算，落实行业监管部门责任，加强市场行为监管，突出商业健康保险产品计、销售、赔付等关键环节监管。	庆阳银保监分局	县医保局 县卫健局 县财政局	2023年底前完成，并持续推进

序号	主要内容	工 作 任 务	牵头单位	配合单位	进度要求
二	不断完善医疗保障体制机制	9. 建立长期护理保险制度，完善多渠道筹资机制，合理确定保障范围和待遇标准，健全长期护理保险经办服务体系，积极探索不同统筹地区之间长期护理费用异地结算办法，完善管理服务机制，引入社会力量参与长期护理保险经办服务。 10. 加强医疗互助与职工基本医疗保险的衔接，推动医疗保障与医疗互助信息共享，推进“一站式”结算。	县医保局	县财政局 县民政局 县卫健局 县残联 县干休所	2025 年前完成
三	着力深化医保协同治理体系	1. 统一医保目录动态管理，严格执行国家医保药品目录，规范诊疗项目和医用耗材目录，落实目录动态调整机制。对国家《药品目录》和我省调整纳入基金支付范围的中药饮片实行“甲类”支付。 2. 全面实行总额控制下按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，建设 DRG 国家示范点，扩大按 DRG 付费覆盖范围。2022 年 9 月庆城县岐伯中医医院实现按 DRG 付费试点，2023 年各乡、镇卫生院实现按 DRG 付费，付费病种覆盖比例达到 90%，DRG 付费的医保基金占全部符合条件的住院医保基金支出的比例达到 70%。 3. 健全医保支付规则体系，完善医保诊疗服务项目范围管理，落实诊疗服务项目医保准入、支付、监管政策，规范医疗服务行为；建立科学、公正、透明的诊疗服务项目准入和动态调整机制。 4. 健全定点医药机构预算分配机制，完善分项分类预算管理办法，健全预算和结算管理机制。医保经办机构按协议约定向医疗机构预付部分医保基金，提高医保基金使用绩效。 5. 加强定点医药机构管理，全面落实医保定点医疗机构、定点零售药店管理办法。完善基本医疗保险协议管理，简化程序，健全定点医药机构准入、退出机制；支持“互联网+医疗”等新服务模式发展。完善协议考核办法，探索建立医保经办机构与定点医药机构履行协议第三方考核机制和服务等级评价体系，健全定点医药机构退出机制。	县医保局	县卫健局 县财政局 定点医疗机构 县卫健局 县财政局 定点医药机构 县卫健局 县财政局	持续推进 持续推进 持续推进 持续推进 持续推进

序号	主要内容	工 作 任 务	牵头单位	配合单位	进度要求
四	改革推进医药价格形成机制	1. 深化药品和医用耗材集中招标采购制度改革，推进药品、耗材集中带量采购常态化开展；探索推进医保基金与医药企业直接结算；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。	县医保局	定点医药机构 县工信局	持续推进
		2. 建立健全药品、医用耗材价格监测机制，推进价格信息共享，开展价格异常变动分析和预警；对药品、医用耗材价格实施常态化监管。	县医保局	定点医药机构 县市场监管局	持续推进
		3. 建立健全价格动态调整机制，重点考虑中医等体现技术劳务价值的医疗服务项目；提高医疗服务价格治理的社会化、标准化、智能化水平；健全医疗服务价格项目进入和退出机制；完善公立医疗机构价格监测机制，优化诊疗服务价格结构，逐步提高医疗服务收入占公立医院收入的比例，理顺比价关系；及时审核新增医疗服务价格项目，支持临床新技术、新项目的应用。	县医保局	定点医药机构	持续推进
		4. 提高医药产品供应和保障能力，严格药品配送监管，有序推进药品追溯体系建设。健全短缺药品监测预警和分级应对体系，完善唯一标识政策，建立药品配送企业应急储备、库存报告制度，保障集中采购药品供应。支持药店连锁化、专业化、数字化发展。依托全国统一的医疗保障信息平台，支持电子处方流转。	县医保局	县卫健局	持续推进
		5. 严格药品配送监管，有序推进药品追溯体系建设；健全短缺药品监测预警和分级应对体系，进一步做好短缺药品保供稳价；完善唯一标识政策，拓展医疗器械唯一标识在医保等领域的衔接应用；逐步建立药品配送企业应急储备、库存报告制度，保障集中采购药品供应。	县医保局 县市场监管局	县工信局 县卫健局	持续推进

序号	主要内容	工 作 任 务	牵头单位	配合单位	进度要求
五	加快健全基金监管体制机制	1. 健全完善监督检查制度，贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，健全“双随机、一公开”检查机制，引入第三方力量参与医保基金监管，实现基金监管全覆盖。	县医保局	县市场监管局 县公安局 县审计局 定点医药机构	持续推进
		2. 全面建立智能监控制度，发挥智能监管子系统作用，总结扩大按疾病诊断相关分组付费（DRG）等支付方式，积极探索“互联网+医疗健康”等智能新模式。	县医保局	县卫建局	持续推进
		3. 逐步建立医疗保障信用管理体系，用好医疗保险信用积分数据管理系统，实施医疗保险信用积分管理，建立药品和医用耗材配送企业信用承诺制度。	县医保局	定点医疗机构	2022 年完成，并持续推进
		4. 健全完善综合监管制度，完善部门联动机制，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，加强基金监管行政执法与刑事司法有效衔接。	县医保局	县财政局 县公安局 县市场监管局 县卫建局	持续推进
		5. 健全完善社会监督制度，完善第三方绩效考核制度、社会监督员制度和欺诈骗保举报奖励制度，健全完善要情报告制度，建立信息强制披露制度。	县医保局	县财政局	持续推进
		6. 加快医疗保障法制建设，深化“放管服”改革，完善权责清单、执法事项清单、服务清单；落实医保行政处罚程序规定，改进执法方式，加强执法监督，建立健全医疗保障行政执法公示、执法全过程记录、重大执法决定法制审核等制度。	县医保局		持续推进
		7. 支持紧密型城市医联体、紧密型县域医共体等整合型医疗卫生服务体系建设，完善医疗机构医保管理制度，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、上门医疗服务等新模式新业态有序发展，促进人工智能等新技术合理运用。	县医保局	县卫建局	持续推进

序号	主要内容	工 作 任 务	牵头单位	配合单位	进度要求
六	持续优化医保公共服务体系	1. 建立统一规范的医疗保障公共服务和稽核监管标准体系，推进标准化窗口和示范点建设；建立覆盖县、乡镇、村（社区）的医疗保障经办服务网络；加强医疗保障经办机构内部控制制度建设。	县医保局	各乡、镇人民政府	2022 年完成，并持续推进
		2. 落实全省统一的医疗保障经办服务事项清单及办事指南，实现医疗保障一站式服务、一窗口办理、一单制结算；加快推进公共服务网上办理，实施异地门诊和购药直接结算；探索实施“视频办”，推进高频医疗保障政务服务事项“跨省通办”；实施“好差评”制度。	县医保局	各乡、镇人民政府	2023 年前完成，并持续推进
		3. 制定全县统一的异地就医直接结算管理办法和工作规程，积极推进“省内无异地”，探索开展医疗费用手工（零星）报销线上服务，提供住院普通门诊、门诊慢特病费用线上线下一体化的异地就医结算服务，探索重大公共卫生事件医疗保障费用异地就医直接结算。	县医保局	县财政局 县卫健局	2022 年完成，并持续推进
		4. 健全完善医保协议管理，完善协议考核办法，建立医保经办机构和服务定点医药机构履行协议第三方考核机制和服务等级评价体系，健全定点医药机构准入和退出机制。	县医保局	定点医疗机构	2022 年完成，并持续推进
		5. 推进经办管理服务与政务服务、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和医保精细化管理。	县医保局	庆阳银保监分局 定点医疗机构	2022 年完成，并持续推进
		6. 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。	县医保局	定点医疗机构	持续推进
		7. 提升医保大数据综合治理能力，加强对医疗保障基础信息数据、结算数据、定点医药机构管理数据的采集、存储、清洗、使用，为基金监管、药品采购、公共服务等业务提供数据支撑；强化医疗保障信息基础设施建设，维护信息平台运行安全。	县医保局	定点医疗机构	持续推进
		8. 强化协商共治机制，探索形成医疗保险利益相关方定期协商机制，建立多方参加的协商机制，引导社会力量参与医保政策研究、医保服务满意度评价。	县医保局	县民政局 县卫健局	持续推进

抄送：县委办公室，人大常委会办公室，县政协办公室。

公开属性：主动公开。

庆城县人民政府办公室

2022 年 5 月 6 日印发

共印 60 份