

随州市人民政府办公室文件

随政办发〔2022〕13号

市人民政府办公室关于印发 随州市医疗保障事业发展“十四五”规划的通知

各县、市、区人民政府，随州高新区、大洪山风景名胜区管理委员会，市政府各部门：

《随州市医疗保障事业发展“十四五”规划》已经市人民政府同意，现印发给你们，请结合工作实际，认真贯彻执行。

2022年6月6日

随州市医疗保障事业发展“十四五”规划

为全面落实党中央、国务院决策部署，省委省政府和市委市政府工作要求，推进全市医疗保障高质量发展，全面融入“襄十随神”区域发展，助力“汉襄肱骨、神韵随州”建设，促进共同富裕，依据《国家“十四五”全民医疗保障规划》《湖北省医疗保障事业发展“十四五”规划》和《随州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》要求，结合我市实际，制定本规划。

一、发展目标

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改革任务，医保制度更加成熟定型，医保政策规范化、管理精细化、服务便捷化、改革协同化程度明显提升，基本实现公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医保。

（一）基本医疗保障更加公平。市级统筹全面做实，基本医保政策更加规范统一，各方责任更加均衡，待遇保障机制更加公平适度，保障范围和标准与经济发展水平更加适应。

（二）制度体系更加完善。与我市经济社会发展相适应的基本医保、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，以收定支、收支平衡的筹资机制全面

建立。全民精准参保稳步做实。

（三）基金运行更可持续。医疗保障和医药服务高质量协同发展，医保支付方式改革全面完成，支付机制高效管用。药品和高值医用耗材集中带量采购推进落实。医疗服务价格及时动态调整。协议管理精准有效，医保基金（资金）绩效评价普遍覆盖，医保基金战略购买作用发挥更加充分。

（四）治理效能更加彰显。医疗保障制度法定化程度明显提升，对定点医药机构的管理更加透明高效，基金监管制度体系更加完善，行政执法更加规范，医保信用体系建设成效明显，现代化医疗保障治理体系基本形成。

（五）医保服务更加优质。依托国家医保信息平台，全市医保管理服务体系健全完善，“互联网+”医保服务能力明显增强，异地就医联网结算全面覆盖，医保电子凭证广泛应用，就医结算更加便捷。“襄十随神”医保一体化扎实推进。

专栏1 “十四五”时期全市医疗保障事业发展主要指标				
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	>96	约束性
基金安全	基本医疗保险（含生育保险）基金收入（亿元）	20.08	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）	19.84	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
	基本医疗保险基金累计结余（亿元）	20.09	保持合理水平	预期性

类别	主要指标	2020 年	2025 年	指标属性
保障程度	职工基本医保（统筹区域内）政策范围内住院报销比例（%）	82.30	81 左右	约束性
	城乡居民医保（统筹区内）政策范围内住院报销比例（含大病保险）（%）	74.02	70 左右	约束性
	重点救助对象政策范围内住院救助比例（%）	>70	>70	预期性
精细管理	实行按疾病诊断相关分组付费和按病种分值付费的住院费用占全部住院费用的比例（%）	—	75	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（%）	75 左右	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
优质服务	住院费用跨省直接结算率（%）	>50	>70	预期性
	医疗保障政务服务事项线上可办率（%）	—	>80	预期性
	医疗保障政务服务事项窗口可办率（%）	—	100	约束性

展望 2035 年，我市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，全民医疗保障向全民健康保障迈进。

二、健全多层次医疗保障制度体系

（一）全面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外的其他所有城乡居民。灵活就业人员可根据自身实际选择以个人身份参加职工医保或城乡居民医保。基本医保参保不受户籍限制,积极推动非本地户籍灵活就业人员纳入参保范围。落实困难群众分类资助参保政策。

推进精准扩面参保。利用联网的参保信息数据库,健全多部门数据共享交换机制,税务、医保、公安、民政、人社、卫健、市场监管、教育、退役军人、乡村振兴、残联等部门加强数据比对,对数据实施动态管理。加大扩面征缴力度,及时掌握新生儿、幼儿、大中专学生、新就业形态从业人员等医保增减员信息,对农村低收入人口、退役军人等分类施策。强化城镇职工征收稽核责任,做到应缴尽缴。推动常住地、就业地参保,避免重复参保,稳步做实全民参保计划。

专栏2 全民医保覆盖工程

1.建立参保数据信息共享机制。税务、医保、公安、民政、人社、卫健、市场监管、教育、退役军人、乡村振兴、残联等部门加强联动,定期比对全市各类群体医保增减员信息,逐步建立多部门联通的医保参保数据库。

2.做好重点群体精准参保工作。关注困难群体参保情况,完善分类资助参保政策,确保重点救助对象100%资助参保。推进新业态从业人员、高等院校等人员参保工作。

3.完善医保转移接续政策和办理流程。适应人口流动和就业转换需要,做好跨区域就业人员、再就业人员等各类人员参保转移接续工作,加强跨区域参保信息共享。

优化参保缴费服务。优化城乡居民参保缴费服务，压实乡镇街道组织参保征缴责任。加强税务、医保、银行三方“线上+线下”合作，拓宽参保缴费便民渠道。拓宽灵活就业人员参保缴费方式。完善针对老年人、困难群体等重点人群的参保缴费服务。做好跨市域、跨制度参保的转移和待遇保障的衔接工作。

（二）完善基本医疗保障待遇保障机制。

提高基本医疗保险统筹层次。按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的标准，全面做实基本医疗保险市级统筹。完善配套政策，夯实分级管理责任，强化就医管理和医疗服务监管。

促进基本医疗保险公平统一。坚持职工基本医疗保险与城乡居民基本医疗保险分类保障，基金分别建账、分账核算。落实待遇清单制度，科学把握基本制度、基本政策、基金支付项目和标准，纠正过度保障，改善保障不足问题。实现全市基本医疗保险制度和政策统一。

合理确定待遇保障水平。坚持基本医保“保基本”定位，根据全市经济发展水平和基金承受能力，保持基本医疗保险住院待遇水平，完善门诊特殊慢性病政策，扩大病种保障范围，增强门诊特殊慢性病保障能力，做好门诊待遇和住院待遇的统筹衔接。健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制，改革职工基本医疗保险个人账户。完善城乡居民“两病”门诊用药保障机制，推进“两病”早诊早治、医防融合。

完善补充医疗保险。逐步规范和完善城乡居民大病保险、职工大额医疗费用补助等补充医疗保险，将职工二次补偿并入职工大额保险。探索建立城乡居民大病保险可持续筹资机制，提高保障能力。

规范医疗救助制度。健全重特大疾病医疗保险和救助制度，合理确定救助对象的资助参保标准、救助比例、救助限额和救助费用支付范围。建立救助对象及时精准识别机制，实施分层分类救助。加强基本医保、大病保险和医疗救助制度衔接。引导慈善等社会力量参与救助保障。

有效衔接乡村振兴战略。巩固拓展医保脱贫攻坚成果，逐步实现由集中资源支持脱贫攻坚向基本医保、大病保险、医疗救助三重保障制度平稳过渡。优化调整脱贫人口医疗救助资助参保政策，分类调整医疗保障扶贫倾斜政策，将脱贫攻坚期开展的补充医疗保险资金等扶贫措施资金统一并入医疗救助基金。健全防范化解因病返贫致贫机制，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，提升农村医疗保障和健康管理水平。

落实重大疫情医疗保障机制。在遇到重大疫情等突发紧急情况启动医保应急响应机制时，确保医疗机构先救治、后收费，医保基金先预付、后结算。落实重大疫情特殊群体、特定疾病医药费豁免政策，有针对性免除医保目录、支付限额、用药用量等限制性条款。统筹使用医保基金与公共卫生服务资金，促进基层社区医防融合。

专栏3 重大疾病救助工程

1. 健全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, 及时将符合条件的对象纳入医疗救助范围。
2. 建立高额医疗费用支出预警监测机制, 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。

优化生育保险政策措施。规范生育医疗费用及生育津贴支付管理, 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, 巩固拓展生育保险与职工医保合并实施成效。做好三孩生育待遇保障, 继续做好城乡居民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。

完善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。严格执行省定基金缴费基数, 合理确定费率, 实行动态调整, 改善职工医保基金筹资结构, 提高统筹基金在职工基本医疗保险基金中的比重。执行省定城乡居民动态筹资标准。落实各级政府医疗救助资金的承担比例, 加大财政对医疗救助的投入力度。

提升基金预决算管理水平。合理编制医疗保障基金收支预

算，强化收支预算执行，加强预算执行监督，实施基金运行监控，防范基金运行系统性风险。建立绩效管理体系，合理确定绩效目标，全面开展统筹地区基金运行评价，压实统筹地区管理责任，强化结果应用，进一步提高基金管理水平。严格编制医保基金决算，真实反映医保基金执行情况，确保基本医疗保险统筹基金累计结余静态可支付保持在合理区间。加强经办机构控制机制建设，建立流程控制、风险评估、运行控制、内审监督等内部控制工作机制，及时发现医保公共服务过程中的安全隐患并有效防范，确保不发生系统性、冲击底线的重大安全问题。健全系统内部监督制衡机制，强化责任追究，促进内控机制有效运行。

（四）鼓励商业健康保险发展。

鼓励商业保险机构提供包括医疗、疾病、康复、照护、生育等多领域的健康保险产品或服务，支持保险公司、中医药机构合作开展健康管理服务，将医疗新技术、新药品、新器械以及医保目录外的药品纳入商业健康保险范围，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。厘清基本医疗保险的责任边界，支持商业保险机构开发与基本医疗保险政策紧密衔接的商业健康保险产品。探索基本医疗保障与商业健康保险信息的安全有序共享机制，将普惠性商业健康保险纳入“一站式结算”范畴。规范商业保险机构承办大病保险业务，建立参与基本医疗保险经办商业保险机构绩效评价机制。

（五）探索建立长期护理保险制度。

根据省统一安排，探索建立长期护理保险制度，做好长期护理保险与经济困难的高龄、失能老年人补贴以及重度残疾人护理补贴等政策的衔接。

三、优化医疗保障协同治理体系

（一）完善医疗保障支付机制。

强化医保目录管理。严格执行国家、省统一的药品、医用耗材、诊疗项目等基本医保目录库。建立谈判药品落地情况监测评价制度。规范中药饮片、民族药、医院制剂医保管理，将符合条件的医药项目积极向省级争取纳入医保支付范围，促进医药产业创新发展。

持续深化医保支付方式改革。全面推进医保基金在总额预算制度下、以按病种付费为主的多元复合式支付方式改革，推进按疾病诊断相关分组（DRG）付费、区域点数法总额预算和按病种分值（DIP）付费，引导医疗机构合理诊疗。探索医疗服务与药品、耗材分开支付制度。配合门诊共济保障机制改革，积极推进门诊支付方式改革，探索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，将按人头付费与慢性病管理相结合；对日间手术及符合条件的门诊特殊病种，纳入按病种分值（DIP）付费或按疾病诊断相关分组（DRG）付费。探索符合中医药特点的医保支付方式，鼓励实行中西医同病同效同价，引导具备条件的基层医疗机构提供适宜的中医药服务。

专栏4 多元复合式医保支付方式改革

1.医保基金总额预算管理。积极探索医保基金总额预算管理,逐步在统筹区内使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(DRG)付费、区域点数法总额预算和按病种分值(DIP)付费改革。落实国家技术规范,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.门诊支付方式改革。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按人头付费。

4.医共体医保支付方式改革。完善紧密型县域医共体在DRG、DIP支付下的总额预算管理政策。

5.中医药医保支付方式。合理确定收付费标准,充分体现中医药服务价值,支持中医门诊优势作用发挥。

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”的总额预算编制机制,统筹考虑住院与门诊保障、药品(医药耗材)与医疗服务支付、统筹区内就医与转外就医等情况,逐步建立分类预算管理办法,优化基金预付及结算管理机制。

加强两定机构管理。严格落实两定机构管理办法,适应人口老龄化、群众多元化医疗需求,将符合条件的各类医药机构等纳入医保协议管理范围。健全医疗保障经办机构与医疗机构之间协商谈判机制。支持“互联网+医疗”等新服务模式发展,逐步将

符合条件的互联网诊疗服务纳入医保支付范围。推进定点医药机构精细化管理，建立行为规范、服务质效、费用控制综合考核评价及退出机制，实现动态管理。

（二）改革医药价格形成机制。

推进药品和医用耗材集中带量采购改革。全面落实国家和省组织药品和医用耗材集中带量采购政策，常态化、制度化开展我市药品和医用耗材集中带量采购。提高两定机构集中带量采购中选药品和医用耗材使用率。鼓励非公立医疗机构、社会药店等积极参与集中带量采购。支持医保基金与医药企业直接结算，执行医保支付标准与集中带量采购价格。完善集中带量采购配套政策，促进中选产品优先使用、合理使用，鼓励社会办医保定点医药机构积极参与集中带量采购。做好药品和医用耗材集中带量采购医保资金的预拨，落实结余留用政策。

完善药品医用耗材及医疗服务价格机制。建立以市场为主导的药品耗材价格形成机制，促使药品耗材价格回归合理水平，降低医保基金运行风险，使药品耗材市场竞争更加充分，虚高价格得到有效治理，市场行为更加规范有序。跟踪监测医疗服务成本、费用变化情况，全面评估医疗服务价格水平，稳妥有序调整医疗服务价格，持续优化医疗服务价格结构和医疗机构收入结构。建立健全灵敏有度的医疗服务价格动态调整机制，逐步理顺医疗服务的比价关系。鼓励和引导医疗新业务、新技术的应用和开展，将性价比高的医疗服务价格项目及时纳入医保支付范围。

鼓励处方流转，实现药店和医院药品同质化竞争，以市场竞争促进常见药品提质降价。加快审核新增医疗服务价格项目，建立价格科学确定、动态调整机制。加强医疗服务价格调整与医保支付方式改革政策协同性。

（三）健全医保基金监管体系。

完善监督管理体系。完善日常全覆盖巡查、专项检查、随机抽查、重点检查、专家审查等相结合的多形式检查制度。落实“双随机、一公开”检查机制，制定检查事项清单和工作规则，建立完善检查对象和执法人员名录库，依法运用随机抽查结果。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，完善购买服务制度，建立按服务绩效付费机制。加强基金监管执法体系建设，探索推进基金监管机构、人员队伍及相关设施设备标准化建设，不断提升基金监管专业化、规范化水平。明确各层级医保行政监管的职权范围，理顺医保行政监管与经办协议管理的关系，推动形成分工明确、各司其职、权责对应、纵向贯通的行政监管体系。

全面实施智能监控。以省医保信息平台为基础，实现智能审核全覆盖。加强大数据分析应用，多维度分析医疗服务行为和医疗费用情况，加强对定点医疗机构医疗服务行为的引导和审核，充分利用信息化手段，实现基金监管模式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。逐步探索对定点医药机构药品、医用耗材进销存的智能监管。将异地就医直接结算纳

入智能监控范围。采取实时预警短信提醒、及时约谈、限制结算、重点监控、现场检查等手段，提高精准打击力度。

建立信用评价制度。执行基金监管信用评价规范和标准，落实信用评价人员、机构资质认证和信用信息披露等配套制度，建立医药机构和参保人员医保信用记录、信用评价和积分管理制度，将信用评价结果与预算管理、检查稽核、定点协议管理等挂钩。依法依规实施守信联合激励和失信联合惩戒。鼓励医疗机构、零售药店、医师、药师等行业协会开展行业规范和自律建设，促进行业规范和自我约束。

健全综合监管制度。建立完善有关部门相互配合、协同监管的综合监管机制。健全监管结果协同运用机制，推进信息共享和互联互通，完善协同执法、一案多处、行刑衔接、案件移交等制度。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严肃处理。

完善社会监督制度。鼓励和支持社会各界参与医疗保障基金监管，实现政府治理和社会监督、舆论监督的良性互动。建立信息披露制度，依法依规向社会公开定点医药机构医药费用、费用结构等数据信息。完善欺诈骗保举报奖励制度，规范受理、检查、处理、反馈等工作流程和机制。健全要情报告制度，用好基金监管曝光台，曝光重大典型案例。医保经办机构定期向社会公布基金收支、结余和收益情况，接受社会监督。

专栏5 医保基金监管能力提升工程

1.加强医保智能监控。以全省医疗保障信息平台为基础,实现智能审核全覆盖,应用大数据手段实施全环节、全流程监控。开展药品、医用耗材进销存实时监控,探索应用视频监控、生物特征识别等技术,将异地就医、购药直接结算纳入智能监控范围。

2.规范实施执法检查。健全落实日常监管工作机制,每年对定点医药机构开展现场检查。加强执法人员配备,完善执法技术手段,组织监督检查能力培训,建设专业化、规范化的监管队伍。

3.常态组织联合交叉检查。市县两级医保部门,联合相关部门组织检查,随机抽查范围覆盖全市所有地区。

4.多元开展社会监督。健全信息披露制度,畅通电话、网站、微信等举报渠道,健全举报奖励机制,建强监督员队伍,发挥监督员作用,动员多方力量参与监管。

（四）协同建设高效的医药服务供给体系。

优化医疗卫生服务体系。发挥医保基金战略购买作用,促进医疗资源优化配置。健全城市三级医院、县级医院和基层医疗机构分工协作的医疗卫生服务体系,支持县级医院紧密型医共体建设,加强分级诊疗体系建设,促进基层医疗卫生服务有效利用和患者有序就医。促进定点医药机构行业行为规范、成本控制和行业自律。支持儿科、老年医学科、护理、康复和精神心理科等紧缺医疗服务发展。推进医疗机构检查检验结果互认。鼓励日间手术、多学科诊疗、无痛诊疗等医疗服务发展。支持远程医疗服务、上门护理服务、互联网诊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。

提高医药产品供应保障能力。做好短缺药品保供稳价，落实国家医保谈判药品“双通道”管理机制，支持药店连锁化、专业化、数字化发展，更好发挥药店的独特优势和药师的作用。依托全省统一的医疗保障信息平台，支持电子处方流转。

健全协商共治机制。建立医疗保障部门、参保人代表、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定期协商机制，促进医药领域各利益主体协同发展，推动政策制定更加精准高效。

支持医养结合发展。积极应对人口老龄化，厘清医疗卫生服务和养老服务的支付边界，将符合条件的医养结合机构中的医疗机构按规定纳入医保定点范围。支持医疗机构和养老机构签约合作，制定医养签约服务规范。鼓励家庭医生签约服务团队为签约老年人实行健康档案信息动态管理，建立与老年慢性病用药长期处方制度相适应的医保门诊慢性病管理措施。

四、筑牢医疗保障管理服务支撑体系

（一）提升医保公共服务水平。

健全经办管理体系。完善经办管理制度，加快公共服务标准化、规范化建设。全面落实政务服务事项清单制度。规范服务标识、经办窗口设置，推进标准化窗口和模范机构建设。健全覆盖市、县、乡镇（街道）、村（社区）的医疗保障服务网络，依托乡镇（街道）政务服务中心、村（社区）综合服务中心大力推

动服务下沉。开展提升基层医保经办服务能力试点工作。拓展自助服务功能，在具备条件的定点医药机构设置自助服务区，探索将门诊慢特病病种资格认定、转诊备案、意外伤害受理审批、新生儿参保等与就医过程紧密相关的事项下放至定点医疗机构办理，提高医疗保障经办管理服务可及性。通过政府购买服务、公益性岗位等方式，建强医疗保障经办力量。强化医保经办机构协议管理、费用审核职责。

专栏6 医疗保障服务机构建设工程

1.统一经办管理体系。健全全市统一的医保经办管理体系,统一机构名称、性质、职能、隶属关系,配备与经办工作量相匹配的经办人员和工作经费。建立健全各级经办机构考核指标体系,加强服务管理绩效考核,建立与绩效考核挂钩的激励约束机制。创新经办管理体制,与统筹层次相适应,按照省级统一要求部署,探索经办机构垂直管理。

2.健全基层服务网络。实现全市乡镇(街道)医保经办机构全覆盖,推动经办服务网络向村(社区)延伸,鼓励在基层定点医疗机构、村委会(居委会)等设置医保服务站、自助服务区。配备配强工作人员。

3.提升服务特殊群体的能力。针对参保登记、异地就医备案、门诊慢特病病种待遇认定、医疗费用手工(零星)报销等老年人群体办理的高频事项,出台便民利民举措。加强医保经办服务大厅和窗口管理,合理布局服务网点,安排专人提供咨询、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,开辟绿色通道,提供预约服务、应急服务,推广“一站式”服务。

提升医保经办服务效能。鼓励支持商业保险等社会力量参与医保经办管理服务。坚持传统服务方式和智能化服务方式并行,

推进政务服务事项网上办理，全面优化经办流程，健全多种形式的医疗保障公共管理服务。深化“高效办成一件事”改革，优化医保领域便民惠企服务，建立健全跨区域医疗保障管理服务协作机制，推进高频医疗保障政务服务事项“同城通办”“襄十随神区域通办”“省内通办”“跨省通办”落地实施。实现医保热线服务与“12345 政务服务便民热线”有机衔接，探索实施医保服务“视频办”。落实政务服务“好差评”制度。

专栏 7 医疗保障服务示范工程

- 1.实现全市县级以上医保经办标准化窗口全覆盖。
- 2.建设 1 个医保服务窗口示范点。
- 3.建设 1 个医保基层服务示范点。根据人口分布、流动、经济发展等情况，分类制定评定标准，推动经办服务下沉。
- 4.建设 1 个医保定点医疗机构示范点，推动精细化管理。

完善异地就医直接结算。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异地就医结算服务。依托全国统一的医疗保障信息平台，全面提升跨省异地就医结算服务能力。做实基本医疗保险参保信息变更、城乡居民医保参保登记、基本医保关系转移接续、异地就医结算备案、门诊费用跨省直接结算、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政务服务事项“跨省通办”。

（二）提升医保信息化智能化水平。

加快医保信息平台建设。配合国家和湖北省完成市级医保信

息平台建设，实现医保网络全面覆盖，核心业务网络纵向实现与省、市、县互联互通，横向与人社、卫健、民政、财政、税务、公安等部门以及医院、药店、金融、保险等单位互联互通，加强数据有序共享，推进全国统一互联互通的医保信息平台落地应用。

推广应用医保电子凭证。加大医保电子凭证功能的宣传力度，提高社会公众对电子凭证的认知度。加快形成以电子凭证为载体的医保“一码通”服务管理新模式，在全市所有医保经办机构和定点医药机构推广使用，丰富医保电子凭证应用场景，支持扫码支付、刷脸支付、移动支付等多种结算方式，支持职工和居民的普通门诊、门特慢门诊、住院、生育等多种结算场景，进一步提升参保群众满意度。

完善“互联网+”医保服务。完善“互联网+”医保服务定点协议管理，健全纳入医保支付的“互联网+”医保支付范围、条件、收费和结算制度，构建比较完善的“互联网+”医保政策体系、服务体系和评价体系。

提升医保大数据综合治理能力。基础参保信息和业务经办信息全面纳入省级集中。通过省、市政务数据共享交换平台，分级分类开放医保公共数据。规范数据管理和应用权限，做好数据脱敏和隐私保护，依法保护参保人员基本信息和数据安全。突出应用导向，开展多元深度的大数据挖掘分析，充分发挥数据在智能服务、医保精算、形势分析、风险防控、宏观决策、政策评估等业务中的作用和价值。

（三）加强医保人才队伍建设。

注重政治引领。坚持用习近平新时代中国特色社会主义思想武装医保队伍，把政治标准和政治要求贯穿融入人才队伍建设全过程、各方面，推动干部队伍加强政治历练，强化政治担当，站稳政治立场，提升政治素质。

注重优化结构。进一步理顺市、县医疗保障机构设置。聚焦医疗保障事业长远需要和工作实际，统筹用好各年龄段、各专业领域的人才，注重老中青结合的梯次配备，优化干部年龄结构。有序引进高素质专业化人才。积极采取购买服务等方式，发挥好第三方力量专业优势。

注重能力建设。加大医疗保障干部能力建设，定期举办医保专项培训班，促进干部职工加快知识更新、优化知识结构、拓宽眼界视野，提高改革创新、政策落实能力。

注重考核激励。建立完善体现医保领域特点的人才评价机制，落实干部待遇制度，用好用足职务职级制度的激励作用。加强平时考核，按照国家和省有关规定，加大优秀人员表扬力度，激励干部见贤思齐、奋发有为。

注重从严管理。坚持严管就是厚爱，抓早抓小、防微杜渐，紧盯重要岗位、重点人员、重大任务，加强全方位监督管理，规范干部队伍业务行为，使干部知敬畏、存戒惧、守底线。

五、做好规划实施

（一）加强组织领导。各地要切实负起责任，统筹做好本地

区医保规划落实工作，将重要指标任务纳入年度重点工作。建立规划落实机制，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。

（二）强化法治保障。加强医保法治建设，完善行政规范性文件制定程序，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，强化对行政权力的监督和制约，加大普法力度，增强医药机构和参保人员法治意识，为规划实施提供法治保障。

（三）注重宣传引导。坚持正确的舆论导向，做好医保规划解读和宣传，组织政策培训和指导，及时回应社会关切，合理引导预期。充分发挥政府网站、图书报刊、广播电视、宣传栏（册）和各类新型媒体作用，深入开展多层次、多形式宣传活动。加强医保文化建设，凝聚社会共识，为规划实施创造良好舆论环境。

（四）做好监测评价。组织开展规划实施年度监测分析、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，自觉接受人大、政协监督，引入第三方评估机构，科学精准评估规划落地情况。

抄送：市委各部门，随州军分区，各人民团体。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市监察委，市法院，
市检察院。

随州市人民政府办公室

2022 年 6 月 6 日印发
