

太原市“十四五”医疗保障规划

为减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定,推进我市医疗保障事业高质量发展,根据《太原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》《山西省“十四五”医疗保障事业发展规划》,结合我市实际,编制本规划。

一、“十三五”发展基础和“十四五”面临形势

“十三五”期间,特别是党的十九大以来,全市医疗保障工作以“保基本医疗、保基金安全、保可持续、防廉政风险,提高经办服务能力、提高人民群众获得感”为主线,不断巩固完善全民基本医疗保障体系,医保改革向纵深推进,实现业务运行平稳有序、基金安全可持续、群众待遇有保障,全市医疗保障事业发展取得了积极成效。

(一)发展基础

医疗保障管理体制理顺优化。全面落实党的十九大对深化机构和行政体制改革的重要部署,正式组建太原市医疗保障局,太原市医疗保险管理服务中心、太原市药械集中招标采购服务中心分别由太原市人社局、太原市卫健委划归太原市医疗保障局,进一步理顺、整合、优化、提升了医疗保障管理体制,职责与职能更加匹配,实现了医保制度组织实施、基金运行监管、医药价格管理、药品

耗材招采等职责的统一行使,真正体现了“第三方管理”,有效推动了“三医联动”,为不断满足人民日益增长的医疗保障和健康福祉需要提供了制度保障。

全民医疗保障体系逐步健全。城镇居民基本医疗保险与新型农村合作医疗实现整合,统一的城乡居民基本医疗保险和大病保险制度全面建成,保障了城乡居民更加公平地享有基本医疗保障权益。生育保险和职工基本医疗保险(以下简称职工基本医保)合并实施,基本实现生育医疗费用与定点医疗机构直接结算。包含城乡居民基本医疗保险(以下简称居民基本医保)、城乡居民大病医疗保险(以下简称居民大病保险)、城乡医疗救助、职工基本医保、职工大病保险和职工意外伤害附加险等险种的医疗保障制度体系进一步完善。扎实推进全民参保工作,参保覆盖面持续扩大,截至 2020 年 12 月底,全市基本医疗保险参保人数 379.15 万人,其中城镇职工 177.13 万人,城乡居民 202.02 万人,参保覆盖率达到 98%,基本覆盖了除省直机关事业单位和铁路、电力企业以外的应参保人群。

医保筹资待遇水平稳步提升。居民基本医保人均财政补助标准从 2015 年的 380 元提高到 2020 年的 550 元,个人缴费标准从 2015 年城镇成年居民 180 元和农村居民 90 元,统一提高到 2020 年的 250 元。门诊统筹限额内报销比例为 80%,大学生年度最高支付限额达 2000 元;门诊慢性病病种扩大为 44 种,定额病种报销

比例为 80%，非定额病种报销比例分别为职工 85% 和居民 75%；居民医保省内住院合规费用一、二、三类收费标准医疗机构报销比例分别为 60%、70% 和 85%，年度内统筹基金最高支付限额 7 万元；居民大病保险住院政策范围内费用报销比例为 75%，年度最高支付限额达 40 万元。职工基本医保和生育保险合并征收，单位缴费比例为 8%，个人为 2%；住院合规费用一、二、三类收费标准医疗机构在职（退休）人员报销比例分别为 82%（91%）、86（93%）、90%（95%），年度内统筹基金最高支付限额达 8 万元；职工大病保险住院政策范围内费用报销比例为 90%，最高支付限额 32 万元。公务员医疗费用补助和职工意外伤害附加险的制度实施，进一步提高了我市职工医疗保障的整体待遇水平。

医疗保障扶贫工作成效显著。全面落实医疗保障扶贫三年行动计划，严格落实“三保险、三救助”和住院费用“136”兜底政策，顺利完成“脱贫攻坚问题清零”任务，全市农村建档立卡贫困人口全部纳入医疗保障，高质量打赢医疗保障脱贫攻坚战。完善贫困人口动态调整信息共享机制，保证了核准新增农村贫困人口应保尽保。将城乡低保对象、特困供养人员、在乡不享受公费医疗待遇的重点优抚对象、见义勇为者、享受 40% 救济对象、建档立卡贫困人口、低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者等纳入医疗救助范围，在参保、门诊、住院等方面享受兜底救助。实现基本医疗保险、大病保险等补充医疗保险、医疗救助“一站式”即时结算，贫困人

口医疗保障受益水平切实提高。

多元复合型支付改革稳步推进。推行以总额预算为主,结合按病种付费、精神病按床日付费、新定点医院按次均付费、门诊慢性病按人头付费的复合式付费方式。将按单病种付费管理的病种数由 102 种扩增至 175 种,在二级以上医疗机构全面开展按单病种付费,并将 298 个日间手术纳入按单病种付费管理。开展按疾病诊断相关分组(DRG)付费省级试点建设,建立以保证质量、控制成本、规范诊断、提高医务人员积极性为核心的 DRG 医保付费体系,在全省 5 个试点城市中率先实现实际付费。完善县级医疗集团“总额预算、结余留用、合理超支分担”打包付费模式,积极探索开展“按人头打包付费”并推行城乡居民医保门诊医疗服务“按人头包干付费”,助力分级诊疗制度和家庭医生签约服务制度建设。通过发挥医保支付的激励约束作用,实现医疗费用和医疗质量“双控制”,有效避免了过度医疗,提高了医保基金使用效率。

医药服务供给侧改革协同推进。执行国家、省药品耗材集中采购和使用政策,根据全省“一个平台、上下联动、互相衔接”的采购原则,落实公立医疗机构药品、高值医用耗材网上阳光采购和限价采购措施,完善药品及医用耗材集中带量采购和使用政策流程。率先探索开展医用低值耗材省内市际联盟带量采购工作,分别联合晋中、忻州、吕梁开展四个批次低值医用耗材带量采购,驻并医疗机构预计节约医用耗材费用约 1.03 亿元。全面落实《山西省推

进医疗服务价格改革的实施方案》，对医疗服务价格实行分类管理。完善新增医疗服务项目价格申报工作程序，促进新增医疗服务价格管理工作逐步精细化、规范化，推进“互联网+”医疗等新技术及时进入临床使用。医疗服务价格结构进一步优化调整，提高了体现医务人员技术劳务价值的诊疗、手术、护理、中医等技术类医疗服务项目价格，降低了大型设备检查和检验价格，理顺了医疗服务项目比价关系。

基金监管制度体系规范运行。在加强医保服务协议管理的基础上，规范定点机构日常监管、专项检查、协议考核以及举报稽核工作制度和管理流程，推进定点医疗机构管理步入法治化、规范化轨道，实现对医保基金有效监管。积极推进国家医保基金智能监控示范点建设，启动医保智能药品进销存管理、智能生物识别子系统、智能审核子系统和医保智能监控室建设，实现对定点药店的进、销、存全过程实时动态监管，织密了医保基金监管网络。实施打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理行动，联合卫生健康、市场监管、公安部门，建立健全了联合监管和联合惩戒机制，依托太原医保微信公众号加大违规违约案件公开曝光力度，试行对定点医药机构按照信用等级分级分类监管，探索引入第三方机构参与基金监管。医保经办机构和定点医疗机构自查自纠率和定点医药机构监督检查率均达 100%，进一步提高了定点医疗机构自律意识，有效维护了医保基金安全。

医保经办服务能力不断增强。全面落实国家医保经办政务服务事项清单制度,严格按照“六统一”和“四最”要求,推进服务便捷化,归科归类细分出 30 项经办服务事项和“40+15”项办事指南。高标准建设医保智能公共服务子系统,将全市医保经办服务事项清单和办事指南全部纳入系统建设,实现 28 个事项、37 个流程的网办,网办率由 22%提升到 60%以上。按照管理权限向县区下放医保经办业务,有计划开展培训,提高了基层经办能力。推进医保报销单据 OCR 智能审核系统建设,医疗费用手工报销速度由 30 个工作日缩短为 10 个工作日。太原市医保电子凭证成功上线投入使用,医保服务由“卡”时代迈向“码”时代。跨省异地就医结算系统平台精准对接,实现异地住院费用直接结算,全面推进门诊慢性病异地就医直接结算。加强全市医疗保障经办服务窗口规范化建设,在国家医保局组织的第三方群众现场满意度评价中,满意率达 92%。实施医保经办服务“好差评”制度,实现评价、反馈、整改、监督全流程衔接,医保经办服务质量和水平不断提升。

全面打赢疫情防控阻击战。积极应对新冠肺炎疫情,强化组织、待遇、药品、服务和资金“五个保障”,先后四次向全市 35 所设置发热门诊的医疗机构预付 3070 万元,累计结算确诊和疑似患者 74 人次,涉及费用 141.26 万元,医保支付 111.89 万元,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。对企业参保单位职工基本医保单位缴费部分实行减半征收,减征 4.8

亿元。

“十三五”时期全市医疗保障事业取得重要成就,为“十四五”时期医疗保障事业高质量发展打下坚实基础。但同时必须看到,面对人民群众日益增长的医疗保障需求,我市医疗保障事业发展仍然存在一些问题和短板。一是部分重点改革有待加快推进。医保、医疗、医药改革成果系统集成不足,公立医院控费降价、医保支付方式改革、药品耗材零加成与药械招采改革等还需进一步推进。二是医保政策均衡性有待加强。目前基本医保在城镇职工、城乡居民、困难群体之间仍存在筹资和待遇方面的差异,职工待遇省市医保之间还存在“同城不同待”的问题;职工医保个人账户弱化了共济保障功能,门诊保障不够充分;省、市、县对其管理的医疗机构各自出台了医疗服务价格调整方案,使太原市域内定点医院分别执行着 13 套价格政策,给医保管理和待遇支付带来很大不便。三是基金监管能力仍待加强。部分定点医药机构违规使用医保基金现象仍有发生,各类欺诈骗保案件依然存在,定点医疗机构不同程度地存在过度医疗、超限用药、违规收费等现象,个别专科医院、民营医院存在诱导住院、低指征住院等现象,定点药店存在串换药品,不按医保管理规定使用个人账户的现象,与此同时基金监管法律法规仍不健全,经费保障不足,监管力量相对薄弱。四是基层经办能力仍待提高。医保经办信息化和标准化体系建设相对滞后,市县乡村四级医保信息“骨干网”尚未建成,医保信息与人社、民

政、公安等部门大数据信息共享通道不畅。医保经办队伍尤其是县级经办队伍力量薄弱,乡、村两级无经办队伍,经办机构的服务能力与人民群众的需求相比仍有差距。五是医疗保险领域的市场化探索不足。不同层次的商业健康保险发展仍不充分,不能对基本医疗保障制度形成很好的补充。这些矛盾和困难,也正是下一步工作的着力点,需要在“十四五”期间重点攻克、全力解决,推进医保事业更高质量发展。

(二) 面临形势

“十四五”时期是“两个一百年”奋斗目标的历史交汇期,是全省在转型发展上率先蹚出一条新路来的关键期,是太原高质量转型发展、再现锦绣太原城盛景的攻坚期,更是太原市医疗保障工作整体发力、创新发展、提质增效的重要时期,全市医疗保障工作面临着机遇和挑战并存的形势。

机遇体现为“四个更加”:一是医疗保障事业在党和国家工作全局中的地位更加突出。党的十九大报告提出要完善统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度,全面建立中国特色医疗保障制度;中共中央、国务院印发《“健康中国 2030”规划纲要》,将医疗保障事业发展摆在了经济社会发展全局的重要位置;党的十九届四中全会进一步强调,要坚持应保尽保原则,健全统筹城乡、可持续的基本医疗保险制度;党的十九届五中全会明确了“十四五”时期医疗保障事业发展的蓝图,医疗保障在促进社会公平、增

进民生福祉方面将承担更加重要的职责。二是医保工作在推动“三医联动”中的作用更加重要。国家、省关于深化医疗保障制度改革的意见出台,标志着医疗保障制度改革已进入系统集成、协同高效的阶段。医保将通过在医疗资源配置、医改利益调节、医疗服务成本控制、医改创新驱动中的带动作用,更好地联动其他“两医”,更好保障人民群众就医需求。三是医保事业的发展空间更加广阔。进入新发展阶段,尤其是全面建成小康社会后人民群众生活水平提高,对美好生活的追求激发了多层次、多样化的健康需求。太原作为省会城市,人民群众的健康需求标准更高、范围更广,这为太原医疗保障事业的发展创造了更为广阔的发展空间。四是太原市医保事业发展的资源优势更加明显。随着太原市转型创新步伐加快,经济发展稳中向好的势头持续巩固,一批重点领域改革走在全省、全国前列,加之省委举全省之力强力打造太原都市区核心引擎,以及太原提出建设全国区域中心城市的目标,未来五年太原必将迎来重要的战略发展机遇期,经济发展韧性不断提高,大数据等科技创新能力不断增强,都为太原市医保事业高质量发展奠定了良好的基础条件。

面临的挑战体现在“四个矛盾”:一是有限的医保基金与不断增长的医疗保障需求之间的矛盾。随着全市医疗保障人群扩大、医疗服务范围增加、医保待遇提高,医疗服务需求不断扩张,但鉴于工资收入、缴费人群等增长有限,未来医保基金与服务需求之间

的矛盾将日益凸显。二是医保制度的公平性要求与不同群体之间筹资和待遇不均衡之间的矛盾。城镇职工医保与城乡居民医保之间存在的筹资和待遇差异,以及太原市域内职工省市医保存在的“同城不同待”问题,都亟待进一步加强改革,而医疗保障改革涉及利益主体多,管理链条长,在保障公平性、适应流动性、保证可持续性等方面将面临很大挑战。三是群众对医保服务要求的升级与经办能力不足之间的矛盾。随着人民群众医疗消费的增长,对医保经办服务的便捷性、可得性、即时性要求日益增高,这对全市提升医保经办服务能力,加快推进医疗保障信息化、智能化和标准化建设提出了更高要求。四是群众日益多样化的健康诉求与医保体系发展不充分之间的矛盾。面对人口老龄化等趋势,人民的健康需求日益增加,全民医保旨在满足基本医疗保障需求,而未来需要多种医疗保障形态共存,比如长期护理险、各类商业健康险等,这对未来太原医疗保障服务管理和高质量发展提出了新挑战。

二、“十四五”太原医疗保障事业发展总体思路

“十四五”时期是全市医疗保障事业改革创新发展的攻坚期和关键期,必须自觉置身于中华民族伟大复兴的战略全局和世界百年未有之大变局中,全面落实省委全方位推动高质量发展的战略部署,积极构建具有太原特色、符合太原实际的医疗保障制度体系,推进全市医疗保障事业高质量发展。

(一)指导思想

高举中国特色社会主义伟大旗帜,认真落实习近平总书记视察山西重要讲话重要指示精神和关于医疗保障工作的重要论述,全面贯彻党的十九大、十九届历次全会精神 and 省、市第十二次党代会精神,立足新发展阶段,贯彻新发展理念,构建新发展格局,按照省委全方位推动高质量发展的目标要求,围绕再现锦绣太原城盛景、建设国家区域中心城市的发展定位,坚持以人民为中心的发展思想,树立“主动作为、超前引领、走在前列”的理念,以解除人民医疗后顾之忧为根本目的,以医疗、医保、医药“三医联动”改革为牵引,以建设“公平医保、共享医保、智慧医保、法治医保,安全医保、协同医保”为主线,以体制机制创新为动力,深化改革、强化管理、提升服务、协同治理,加快建成覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次医疗保障体系,持续推进医疗保障治理体系和治理能力现代化,努力为人民群众提供全方位全周期的医疗保障,提升人民群众的健康获得感、幸福感和安全感。

(二)基本原则

坚持以人为本、服务优先。把维护人民生命安全和身体健康放在优先发展的战略位置,将促进健康的理念融入医疗保障公共政策制定实施全过程,为群众提供更加公平、更加充分、更高质量的医疗保障服务。

坚持政府主导、市场主体。注重公益性、保底性、公平性,强化各级政府保障和改善民生主体责任。发挥市场资源配置的决定性

作用,建立健全医疗保障公共服务体系,提高服务的可及性、便利性、效率性。

坚持系统集成、协同高效。以医保领域改革撬动“三医联动”,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,建立基本医疗体系、基本医保制度相互适应的机制,推动医疗保障改革取得更大突破。

坚持稳健持续、促进公平。坚持尽力而为、量力而行,根据经济发展水平等因素科学确定筹资水平,均衡各方筹资缴费责任,加强统筹共济和风险防范。切实提高制度的公平性、协调性,确保制度可持续、基金可支撑。

坚持覆盖全民、共享共治。遵循普惠公平、互助共济、权责匹配的原则,实现基本医疗保障依法覆盖全民,强化医疗、医保、医药多主体协商共治,促进多层次医疗保障有序衔接,改革发展成果更多更公平惠及全体人民。

坚持主动作为、树立标杆。树立“省会城市排头兵”意识,坚持医疗保障事业高质量高标准发展,深入研判人民群众医疗保障需求新变化,在国家、省基本医疗保障制度体系框架下深化改革、积极创新,推进医保各项工作走在全省前列,对其他地市医疗保障事业发展起到示范带动效应。

(三)发展目标

到 2025 年,医疗保障制度更加成熟定型,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、医疗互助等共同发展的医疗保障制度体系初步建成;基本医疗保障更加有力,医疗保障待遇更加公平统一;医药服务供给、医保支付方式、医保区域统筹等改革走在全省前列,取得明显成效;医保基金长效监管机制逐步完善,医保管理体系不断健全,信息化、标准化、智能化管理水平全面提升;现代医疗保障治理体系更加完善,公平医保、共享医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医保建设效能逐渐显现,在助力“健康太原”建设过程中发挥更大作用。

建设公平医保的先导区。实现基本医疗保障更加公平普惠,个人、单位、政府缴费责任更加均衡合理,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,城乡间、区域间差距逐步缩小,医保公共服务体系更加健全。

建设共享医保的样板区。全民医保覆盖水平和质量稳中有升,医保可及性进一步提升,在全省居于领先水平。住院费用报销比例保持稳定,门诊共济保障能力明显提升,医疗救助托底保障功能持续增强。多层次医疗保障衔接有序、协同发力,各类人群医保关系有序转移接续,群众医疗费用负担进一步减轻。

建设智慧医保的引领区。医疗保障网络信息系统基础加固,全面融入全国、全省医疗保障信息平台“一盘棋”格局,医保管理服务数字化、智能化水平显著提升,医保电子凭证普遍应用,智能

监控全面应用。就医结算更加便捷,智慧医保建设成果惠及全市人民。

建设法治医保的先行区。贯彻实施医疗保障相关法律、法规、规章,加快配套建立健全太原市相关实施办法细则,医疗保障法治体系建设不断完善,制度政策法定化程度明显提升,多主体协商的共建共治共享机制进一步健全完善,基金监管制度体系更加完善,长效监管机制全面形成,行政执法进一步规范,依法参保缴费观念深入人心。

建设安全医保的示范区。统筹发展和安全取得积极成效,防范化解因病返贫致贫长效机制基本建立,医疗保障信息平台安全运行,数据安全持续强化,基金运行更加安全稳健,医疗保障安全网更加密实,群众安全感得到提升。

建设协同医保的创新区。多层次医疗保障作用全面发挥,各类保障有机衔接,各类人群医保关系有序转移接续。医疗、医保、医药协同发展,医保支付机制更加管用高效,医药服务资源的引导配置功能更加强化,跨区域的医保管理协作机制逐步建立。

到 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,医疗保障经办管理体系全面建成,医疗、医保、医药协同治理格局更加完善,医疗保障制度优越性充分显现,全人群全方位全生命周期医疗保障能力显著提升,医疗保障治理体系和治理能力现代化基本实现,全民医疗保障向全民健康保障积极迈进。

“十四五”太原市医疗保障事业发展主要指标与预期目标

主要指标	2020 年 基期值	2025 年 目标值	指标 属性
基本医疗保险参保率	98%	稳定在 98%以上 ^①	约束性
基本医疗保险（含生育保险）基金收入	81.26 亿元	收入规模与经济发展水平更加适应	预期性
基本医疗保险（含生育保险）基金支出	66.27 亿元	支出规模与经济发展水平、群众基本医疗需求更加适应	预期性
基本医疗保险基金积累结余	123.95 亿元	保持在合理水平	预期性
职工基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例	68%	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%	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	75%	保持稳定	预期性
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	30%	70%	预期性
药品集中带量采购品种	131 种	800 个以上 ^②	预期性
高值医用耗材集中带量采购品种	2 类	10 类以上 ^③	预期性
住院费用跨省直接结算率 ^④	30%	70%以上	预期性
医疗保障政务服务满意率	95%	90%左右	预期性
医疗保障政务服务事项线上可办率	90.5%	80%以上	预期性
医疗保障政务服务事项窗口可办率	100%	100%	预期性

注:①指“十四五”期间基本医疗保险参保率每年保持在 98% 以上。

②指到 2025 年国家和省级药品集中带量采购品种达 800 个以上。

③指到 2025 年国家和省级高值医用耗材集中带量采购品种达 10 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、“十四五”太原市医保改革和发展的重点任务

(一) 推进医保精准扩面,提升基本医保参保质量

巩固基本医疗保险覆盖全民成果,坚持依法参加基本医疗保险,精准扩大参保覆盖面,持续优化参保缴费服务,不断提升参保质量,让广大人民群众享有公平可及的基本医疗保障服务。

依法依规推进分类参保。全面实施全民参保计划,坚持和完善覆盖全民、依法参加的基本医疗保险制度和政策体系,推动各类人群依法依规参保。落实分类参保政策,单位就业人员依法参加职工基本医保,除职工基本医保应参保人员以外的其他居民参加居民基本医保。鼓励灵活就业人员根据自身实际以合适方式参加基本医疗保险。将非本地户籍灵活就业人员纳入参保范围。

精准扩大参保覆盖面。建立健全教育、公安、民政、人社、卫健、市场监管、税务、乡村振兴、残联等部门的数据共享交换机制,及时掌握困难人群、新生儿、新就业人员和新常住人口等人员信息。建立健全覆盖全民的参保数据库,实施精准扩面和参保信息实时动态查询,以农民工、灵活就业人员、新业态从业人员、新生儿等群体为扩面征缴重点,防止“漏保”“断保”和重复参保,确保“十

四五”基本医疗保险参保率稳定在 98% 以上。

提升基本医疗保险参保质量。完善参保服务机制,有针对性地加强重点人群、困难人群参保缴费服务。分类制定特困人员、低保对象、易返贫致贫人口、低收入人口、新生儿、缴费中断人员等参保政策,完善灵活就业人员参保缴费方式,落实困难群众参保资助政策。适应人口流动和就业转换需要,做好跨统筹地区就业人员基本医保关系转移接续工作。

专栏 1 推进基本医疗保险参保重点任务
1.合理设定参保扩面目标:根据太原市常住人口、户籍人口、就业人口、城镇化率等指标,科学合理确定参保扩面目标; 2.建立全民参保数据库:精准锁定户籍人口和常住人口中未参保人群,建立太原市全民参保计划库; 3.落实参保缴费政策:强化参保征缴业务衔接协同,做好跨制度参保的待遇衔接; 4.有序清理重复参保:利用国家统一医保信息平台基础信息管理子系统实时核对功能,及时查询全市参保人缴费状态,减少重复参保缴费,完善个人参保缴费服务机制; 5.强化七类重点人群参保缴费服务:返贫致贫人口、特殊困难群体、全日制在校学生、新生儿、退役军人、短期季节性务工人员及灵活就业人员、被征地农民。

(二)稳步提升待遇水平,增强基本医保保障能力

综合考虑全市经济发展水平等因素,稳步提升基本医疗保障待遇水平,增强基础性、兜底性保障,逐步提高基本医疗保险保障能力,减轻人民群众就医负担。

促进基本医疗保险待遇公平统一。坚持基本医疗保障保基本

定位,职工医保与居民医保分类保障,基金分别建账、分账核算。严格落实医疗保障待遇清单制度,规范政府决策权限,未经批准不得出台超出清单授权范围的政策。严格执行基本支付项目和标准,促进医疗保障制度法定化、决策科学化、管理规范。实施公平适度保障,纠正过度保障和保障不足问题。根据基金承受能力和我市经济发展实际,合理确定基本医保待遇保障水平,统筹门诊和住院待遇政策衔接,巩固稳定基本医疗保险住院保障水平。研究出台职工医保“同城同待”实施方案,实事求是推进“同城同待”工作,逐步缩小太原市职工医保与省直职工医保待遇差距。

统筹做好常态化疫情防控下的医保工作。按照“两个确保”做好救治保障,完善重大疫情医疗救治医保支付政策,落实异地就医直接结算制度,确保突发疫情等紧急情况时医疗机构先救治、后收费。落实重大疫情特殊群体、特定疾病医药费豁免制度,减轻困难群众后顾之忧。统筹医疗保障基金和公共卫生服务资金使用,提高对基层医疗机构的支付比例。坚决贯彻落实党中央关于医保基金和财政共同负担新冠疫苗接种的决策部署,做好医保支付疫苗费用的工作。

全面巩固医疗保障扶贫成果。按照国家和省、市统一部署,推进医保扶贫与乡村振兴有效衔接,推进“三保险、三救助”阶段性医疗保障帮扶政策向基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重制度常态化保障平稳过渡。优化调整医疗保障帮扶政策,坚决清理医保扶贫领域过度保障,将脱贫攻坚期地方自行开展的其他

医疗保障扶贫措施资金统一并入医疗救助基金。按照“尽力而为、量力而行”的原则,坚守保基本底线,合理确定农村医疗保障待遇,完善农村困难群众参加城乡居民基本医疗保险个人缴费资助政策,大病保险继续对困难群众进行倾斜支付。

(三)完善医疗保障制度,健全多层次医疗保障体系

统筹基本医疗保险、补充医疗保险和医疗救助三重保障制度,促进各类医疗保障制度互补衔接,加快发展商业健康保险,建立健全长期护理保险制度,支持医疗互助有序发展,构建更加完善的全方位、多层次医疗保障体系。

提升完善基本医疗保险制度。坚持和完善覆盖全民、依法参加的基本医疗保险制度和政策体系,持续做好居民基本医保和职工基本医保的政策调整。落实职工基本医保门诊共济保障机制,按照国家、省统一部署,及时调整我市职工医保个人账户划入比例,探索建立职工基本医疗保险门诊统筹制度,推进城镇职工门诊异地就医结算。完善城乡居民基本医疗保险门诊保障政策,深化城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制,并逐步提高保障水平。完善城镇职工和城乡居民门诊慢性病待遇保障机制,合理确定病种支付标准和支付范围。提升生育保险和职工基本医保政策合并实施质量,继续做好生育保险对参保女职工生育医疗费用、生育津贴等待遇的保障,做好城乡居民基本医疗保险参保人员生育医疗费用待遇保障。

专栏2 建立健全职工基本医保门诊共济保障机制

1.按照国家《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》,以及省拟出台的实施办法,建立健全我市职工医保门诊共济保障机制,增强门诊共济保障功能;

2.改革完善职工医保个人账户,在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入,单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金,调整统筹基金和个人账户结构,优化统筹基金与个人账户比例;

3.加强对个人账户使用、结算等环节的审核,强化对门诊医疗行为和医疗费用的监管;

4.完善适合门诊就医特点的付费机制。

规范补充医疗保险。完善和规范居民大病保险制度,探索建立大病保险可持续筹资机制,合理确定大病保险筹资水平。进一步细化大病保险盈亏调节和风险分担办法,完善大病保险委托合同,确保大病保险政策、基金、服务落实到位。加强与基本医疗保险和医疗救助的衔接,提高保障精准度。规范我市公务员医疗费用补助、职工意外伤害附加保险等制度。

完善医疗救助制度。强化市县两级医保、民政、财政、退役军人事务、残联、乡村振兴部门协同机制,推进城乡困难居民动态调整信息共享,准确把握医疗救助对象范围,科学实施分类分层救助。严格按照标准资助救助对象参保缴费,合理控制困难群众政策范围内自付费用比例。合理确定救助标准,稳步提高年度救助限额,夯实医疗救助托底保障功能。积极推进医疗互助,支持工会医疗互助科学设计、规范运营。引导慈善等社会力量参与救助保障,促进医疗救助与其他社会救助制度衔接。

专栏3 医疗救助重点工程

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,及时将全市符合条件的对象纳入医疗救助范围。

2.健全防范化解因病返贫致贫的长效机制。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.健全引导社会力量参与帮扶机制。支持工会医疗互助发展,积极引导慈善医疗救助。

加快发展商业健康保险。完善商业健康保险支持政策,鼓励商业保险公司开发普惠性、互补性、高保障性、可持续性的商业健康保险产品,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和服务。规范商业保险机构承办大病保险业务,建立完善参与基本医疗保险经办的商业保险机构绩效评价机制。建立信用管理协同机制,落实联合监管责任,加强市场行为监管,突出健康保险产品的设计、销售、赔付等关键环节监管,提高健康保障服务能力。

探索推行长期护理保险制度。积极应对人口老龄化,建立健全满足全市人民群众多元需求的长期护理保险制度。借助太原国家级医养结合试点工作的优势,研究出台适应太原实际的长期护理保险制度试点实施方案,合理确定长期护理保险参保对象和保障范围,明确筹资办法和支付标准,建立健全运行机制,争取试点推行并探索太原经验,为全省推进长期护理保险扩面提供实践支撑。

(四)健全筹资运行机制,确保基金运行稳健可持续

建立健全与全市经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩、与各方承受能力相匹配、与基本健康需求相协调的筹资运行机制,加大基金共济调剂力度,全面提升基金管理水平,促进基金中长期平衡。

完善筹资分担和调整机制。均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任,按照国家、省基本医疗保险基准费率制度要求,规范缴费基数政策,合理确定费率,实行动态调整。优化职工医保统筹基金和个人账户结构。完善城乡居民医保筹资政策,建立健全居民医保筹资水平与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩机制。完善居民大病保险、职工大病保险、公务员医疗补助筹资动态调整机制。完善应对人口老龄化医疗负担的多渠道筹资机制。拓宽医疗救助筹资渠道,加强财政投入力度,鼓励社会捐赠、彩票公益金等多渠道筹资。

探索推进区域医保基金统筹。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。按照分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核的要求,探索建立太原都市圈居民基本医保区域统筹模式,为进一步推进医疗保险省级统筹提供支撑。建立与统筹层次相匹配的医疗保障管理体制。加强医疗救助基金管理,促进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调。建立健全与医疗保障统筹层次相协调的管理体系,稳妥推进市级以下医疗保障部门垂直管理。

强化医保基金预算管理。科学编制医疗保障基金收支预算,

加强预算执行监督,全面实施预算绩效管理。持续完善“以收定支、收支平衡、略有结余”的总额预算编制机制,健全住院与门诊、药品(耗材)与医疗服务、统筹地区内就医与转外就医等之间的分项预算机制。适应异地就医直接结算、“互联网+医疗”和医疗机构服务模式发展需要,探索开展跨区域基金预算试点。健全基金运行风险评估、预警机制,加强对全市医疗费用增长、群众负担水平变化监测评价,促进基金中长期可持续。建立市、县分级负责、风险共担的收支管理和缺口分担机制。完善城乡居民医保基金县级财政兜底机制,进一步压实县级人民政府的监管责任,切实维护基金安全。

(五) 优化医保支付机制,提高医保基金使用效率

遵循合法、安全、公开、便民的原则,坚持临床需要、合理诊治、适宜技术,完善医保目录动态调整机制,探索多元复合的支付方式,创新完善医保协议管理,建立健全医保基金支付协商谈判机制,提高医保基金使用效率。

深化医保支付方式改革。坚持推行总额预算下的按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。加快推进按疾病诊断相关分组(DRG)付费试点改革,健全符合国家标准、适应太原实际的 DRG 付费体系。建立健全太原市病案首页质量评估机制,制定完善太原市病案首页质量定期督导检查制度,完善 DRG 经办管理流程、疾病诊断相关分组、根据年龄、疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式、病症严重程度及转归相关源消耗等因素,将患者分入若干诊断进行管理体质,DRG 付费监管机制以及付费医院考评机制。逐步

扩大 DRG 付费试点医院范围,在全面开展 DRG 医保付费的基础上,探索推行按病种分值付费(点数法),积极探索适合中医特点的医保支付方式,推进全市医保支付方式改革走在全省前列。继续完善县域医疗集团“结余留用、合理超支分担”的医保总额预算打包付费机制,加强运行监管及考核,提高医保资金使用效率,增强参保群众就医可及性。

专栏 4 DRG 医保付费试点改革“三步走”

第一步:2021 年,率先实现 5 家试点医院正式付费运行,总结改进、积极解决试点运行中发现的问题和难点,通过制定试点医院总额预算合理分配、优化 DRG 病案分组、权重费率以及结算细则等方式,逐步形成试点医院的示范和带动效应,打造试点医疗机构改革标杆,以此夯实本市 DRG 试点改革的实践基础;

第二步:2022—2023 年,根据试点推进情况,逐步扩大试点范围至市本级二级以上医疗机构,以试点区域总额预算为基础,融合前期的成功做法,逐步扩面,建立健全以 DRG 付费方式为主,融合按单病种付费,长期住院慢性病、精神类疾病按床日付费、门诊按人头付费等多元付费管理模式;

第三步:2024—2025 年,继续扩大试点范围,实现太原市 6 区 3 县二级以上医院全覆盖,县域医联体纳入 DRG 付费范围,以全市总额预算为基础,DRG 医保支付方式全面铺开,形成医院和医保协同,控费与医疗协同机制,真正促进医疗资源合理配置。

推进医保目录精细化管理。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。规范医疗服务设施支付范围,逐步推行医用耗材医保支付标准管理。贯彻落实医保药品目录动态调整政策,及时进行医保药品目录更新,将治疗癌症、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。按国家和省要求,将药品目录执行使用情况纳入定点服务协议管理和考核范围,积极会同有关部门推动谈判药品进医院,及时指导定点医疗机构适时替换治疗药品。统一执行医保诊疗项目目录,确保不出现超出全省统一目录的诊疗项目。按耗材目录统一管理要求,做好全省统一的医用耗材目录落地实施工作。

完善协商谈判机制和协议管理制度。结合我市医疗保险参保人员分布、基金规模、信息管理可及程度等实际情况,与定点医药机构建立集体谈判协商机制,合理确定定点医药机构的医疗保障基金预算金额和拨付时限,并根据保障公众健康需求和管理服务的需要,与定点医药机构协商签订服务协议,规范医药服务行为,明确违反服务协议的行为及其责任。规范、简化、优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序,使用统一规范的医疗保障服务协议范本。合理确定统筹区域定点医疗服务的资源配置,将更多符合条件的基层医疗机构纳入医保定点范围。加强对定点医药机构履行协议情况的监督检查,建立考核评价及退出机制,推动定点管理与医疗质量、协议履行相挂钩。

(六)深入实施带量采购,深化医药服务价格改革

深入实施药品耗材带量采购,健全以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制,引导医疗机构形成可持续的激励机制,使人民享有高质量、有效率、能负担的医药服务。

常态化实施药品耗材带量采购机制。坚持政府组织、联盟采

购、平台操作的工作机制,以公立医疗机构为集中带量采购主体,鼓励非公立医疗机构、社会药店等积极参与。全面跟进国家、省际联盟、省药品耗材集中采购和使用试点中选结果,加快建立健全符合太原市实际的带量采购、量价挂钩的药品耗材集中采购机制和结算机制。按照“质量优先、价格合理、公开透明、公平竞争”的原则,采取不同的招采方式,落实“招采合一、量价挂钩、确保用量、保证回款”等措施,积极推进驻并医疗机构药品耗材集中带量采购工作。进一步探索和优化市际联盟联合带量采购的工作方式,完善山西省中部四地市低值医用耗材联合集中带量采购工作流程,坚持优势互补、共享共建、协调发展的原则,更好地发挥市场规模优势,共同以量换价,促进医疗机构优先使用质量可靠、价格合理的中选品种。落实好大额门诊特殊药品、“两病”门诊用药、谈判药品等待遇保障政策,做好带量采购中选产品医保支付管理,打通医药服务最后一公里。

完善药品及医用耗材价格治理机制。充分发挥药品、医用耗材集中带量采购在深化医药服务供给侧改革中的引领作用,落实以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制和医保经办机构与医疗机构间“结余留用、合理超支分担”的激励和风险分担机制。强化药品和医用耗材价格常态化监管,全面落实医药价格和招采信用评价制度,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,有效遏制药品、医用耗材价格虚高,促进医药行业高质量发展。

加强医疗服务项目价格管理。落实国家、省医保局医疗服务项目价格管理政策,按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则,统一规范市县级医疗机构的医疗服务价格。进一步做好对市场竞争比较充分、个性化需求比较强的项目和特需医疗服务项目等实行市场调节价的医疗服务项目价格管理,促进新技术的合理应用,满足不同层次人群的就医需求。

(七)健全基金监管体系,保障基金运行安全有效

构建全领域、全流程的基金安全防控机制,加快完善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、大数据监管为依托,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,坚决守好用好群众“保命钱”。

完善医保基金监管制度体系。坚守基金安全底线,加快推进基金监管制度体系建设,贯彻落实国家、省医保基金监管法律法规,出台太原市医保基金使用监督管理相关配套制度。推进基金监管行政执法规范化建设,建立和执行行政执法公示制度、全过程记录制度及重大执法决定法制审核制度。明确市县两级医保部门监管职责,建立市县专业化基金监管机构,落实协议管理、费用监控、稽核审查责任。加强与卫健、市场监督管理、财政、审计、公安等部门分工协作、相互配合,建立沟通协调、案件移送等机制,形成多部门联动的基金监管长效机制。广泛动员社会各界参与医疗保障基金监管,协同构建基金安全防线,实现政府治理和社会监督、

舆论监督良性互动。

建立健全监督检查制度。建立和完善日常全覆盖检查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查相结合的多形式检查制度,规范不同检查形式的检查对象、检查重点和检查内容,规范启动条件、工作要求和工作流程,明确各方权利义务,确保公开、公平、公正。建立健全“双随机、一公开”检查机制。完善社会监督检查制度,探索引入第三方力量参与基金监管的工作机制,开展费用审核、现场调查、医疗巡查、异地稽核等业务,提升监管的专业性、精准性、效益性。积极运用举报奖励、聘请社会监督员等方式,加强对定点医药机构管理使用医保基金情况进行监督。

专栏 5 医保基金监督管理“全覆盖”工程

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、全环节、全流程、无死角监控。

现场检查全覆盖。健全常态化日常监管工作机制,坚持每年开展一次针对辖区内全部定点医药机构的全覆盖式现场监督检查。

飞行检查全覆盖。联合相关部门组织开展飞行检查,抽查范围覆盖所有监管对象。

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,举报线索凡接必查,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。

监管责任全覆盖。纵向上,健全完善基金监管执法体系,加强市、县两级执法检查队伍建设。压实基层监管责任,合理调配基层监管力量。横向上,加强医保与卫生健康、公安、纪检监察、审计等部门的协同配合,构建监管合力。推进基金监管网格化管理,实现对每个定点医药机构都有专人负责监管。

全面建立智能监控制度。加强部门信息交换和共享,实施大数据实时动态智能监控,积极探索将按疾病诊断相关分组付费、按病种分值付费等新型支付方式、“互联网+医疗健康”等新模式、长期护理保险等纳入智能监控范围,实现智能审核全覆盖。依托统一的医保基金监管平台,构建以市医保局为中心,覆盖全市各医保部门、各定点医药机构和其他相关单位、个人及医疗保障服务全过程的全方位、智能化、一体化、联动式的医疗保障监管新格局。

专栏 6 基金监管智能监控重点工作

- 1.健全医保智能监管信息系统,推进医保基金监管从线下人工稽核向线上智能审核的转型。
- 2.推广视频监控、生物特征识别等技术应用。
- 3.将异地就医、购药即时结算等纳入智能监控范围。

依法深入打击欺诈骗保行为。积极开展打击欺诈骗保维护基金安全集中宣传月活动,推动打击欺诈骗保宣传工作常态化、长效化。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。健全欺诈骗保举报奖励工作机制,建立受理、稽核、处理、反馈工作流程,进一步畅通举报奖励渠道。依托各级医保部门官网和微信公众号等平台,及时公开曝光重大案情信息,加大典型案件曝光力度,形成有效震慑,持续保持打击欺诈骗保高压态势。

推进医保信用体系建设。全面推进医疗保障信用体系全覆盖、标准化、智能化,着力打造政府主导、部门协作、行业自律、公众参与相结合的“信用医保”新格局。加快构建完善太原市医疗保

障信用评价指标体系、信用信息归集管理、信用联合奖惩及信用修复等各项制度。积极探索建立覆盖定点医药机构、医保医生、参保单位及参保人员的医保信用评价和管理体系。建设信用信息管理系统,推动信用数据互联互通,信用信息进入全市信用体系,加强信用信息大数据分析评估应用。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、药师等行业协会开展自我规范与自我约束,制定自律公约,参与信用体系建设,提升行业诚信水平。

(八) 完善经办管理服务,优化医保公共服务体系

完善医疗保障经办服务网络,加快推进医保公共服务机构标准化、规范化建设,提高医保服务的可及性和便捷性,更好保障群众健康、提升获得感。

加强经办管理服务体系建设。构建全市统一的医疗保障经办管理体系,提供标准化、规范化的医疗保障经办服务,实现市、县、乡、村全覆盖,为全省建立五级医疗保障服务网络提供支撑。依托乡镇(街道)政务服务中心、村(社区)综合服务中心,大力推进服务下沉,补齐基层管理服务能力配置短板,提高医疗保障经办管理服务可及性。推进县(市、区)以上医保经办标准化窗口全覆盖,积极创建省级标准化窗口和示范点。推进医保经办管理服务与各地政务服务、网上政务服务平台衔接,鼓励支持商业保险、银行等社会力量参与医保经办管理服务。提升医疗保障适老服务水平,优化医保经办服务大厅适老窗口和无障碍设施建设,开辟绿色通道,畅通为老年人代办的线下渠道,推进网上办事流程向提高适老

性转变。

专栏 7 医疗保障经办服务体系建设工程
1.完善医疗保障服务网络,到“十四五”末实现县(市、区)以上医保经办标准化窗口全覆盖。 2.市县两级经办机构:做实县(市、区)经办机构,推进市县多点经办模式,巩固提升市县经办机构服务能力。 3.乡镇(街道)经办服务:通过购买服务等方式,设立医保专兼职人员岗位,实现县管乡用。 4.村(社区):依托基层社保所、村卫生室等力量,代理医保经办服务,配置自助设备,逐步实现市县乡村经办服务全覆盖。 5.积极创建和申报省级医保经办服务示范窗口、医疗保障基本服务示范点、医疗保障定点医疗机构示范点和智慧医保管理服务示范点。

优化医保公共管理服务。健全共建共治共享的医保治理格局,建立统一规范的医疗保障公共服务体系。持续深化医保“放管服效”改革,全面执行统一规范的太原市医疗保障经办政务服务清单和办事指南,建立健全动态调整机制,优化流程,精简环节,不断提升医保公共服务水平。按照“信息多跑路、群众少跑腿”要求,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、阳光办理、一网通办”,推行医保报销“一次告知、一表申请、一窗办成”。探索实施医保服务“视频办”,为人民群众提供更加优质高效服务。畅通医保咨询服务渠道,做好与“12345”政务服务热线衔接,不断提高运行效率和服务质量。持续实施医疗保障政务服务“好差评”提升工程,积极建设“好差评”示范区。建立差评和投诉问题调查核实、督促整改和反馈机制。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。

专栏 8 医疗保障公共服务能力提升重点任务

- 1.严格抓好医保经办服务事项“三个一”(一张清单、一本指南、一套表格)工作;
- 2.在全市范围内全面完成 15 项信息业务编码的贯标落地工作,实现编码标准“纵向全贯通、横向全覆盖”;
- 3.推行“三减”措施,通过减材料、减流程、减时限,完善智能公共服务子系统功能,提高线上服务适用性;
- 4.推进市域内多点经办模式,加快实现业务就近办理;
- 5.完善经办内控制度,实施全方位、全流程、全员式的管理监督机制,筑牢内部防线。

完善异地就医直接结算服务。加快推进医保“全省通办”“跨省通办”进程。落实全省跨地区、跨制度医保关系转移接续办法,进一步简化异地就医备案程序,实现异地就医备案网上办理全覆盖,规范和优化结算规程,提高异地就医直接结算率。重点面向流动人口特别是农民工等群体,加快推进住院、门诊费用异地就医结算服务。继续扩大联网定点医疗机构异地就医直接结算范围,全面实现符合条件的跨省异地就医患者在我市所有定点医院住院和门诊费用直接结算,尽快实现我市各县(市、区)至少有 1 家定点医疗机构能够提供包括门诊费用在内的医疗费用跨省直接结算服务。强化异地就医费用监管,将异地就医联网结算管理纳入就医地定点医药机构协议管理内容。

(九)加强医保能力建设,夯实医疗保障基础支撑

聚焦信息化建设、人才队伍建设、法治能力建设、安全建设等方面,完善医疗保障基础支撑体系,全面提升医疗保障能力。

提升医保信息化建设水平。积极融入医疗保障信息化全国“一盘棋”格局,按照省级标准规范统一、数据省级集中、平台省级部署、网络全面覆盖的医疗保障信息化平台建设规划,推进全市医疗保障信息化建设。依托全省统一平台,全力打造太原特色“智慧医保”,构建医保便捷可及“大服务”、规范高效“大经办”、智能精准“大治理”、融合共享“大协作”、在线可用“大数据”、安全可靠“大支撑”的信息化支撑驱动体系。加快全市医保骨干网络建设,尽快实现全市医保网络纵向联通省市县乡、横向连接各部门和两定机构的网络全覆盖。做好基础信息采集,加强医疗保障信息业务编码标准贯彻执行,加快实现医保疾病诊断和手术操作、医疗服务项目、药品和医用耗材等信息业务编码的贯标落地。做好医保电子凭证推广应用工作,积极拓展医保电子凭证应用场景。完善微信公众平台和手机 APP 端的医保个人缴费信息查询、消费信息推送、异地就医备案、移动支付等服务。建立健全“互联网+”医保政策体系、服务体系和评价体系,高质量推进智慧医保、数字医保建设。

推进医保人才队伍建设。根据参保人数、定点医疗机构数、服务量、服务半径等合理配置经办人员,打造与新时代医疗保障公共服务要求相适应的专业经办队伍。制定医保管理服务中长期干部教育培训和人才发展规划,建立严格的人员准入、培训和管理制

度。加强医疗保障监管部门专业技术人员培训,加快高层次监管人才和急需紧缺专门人才培养,打造一支规模适当、结构合理、素质优良的医疗保障监管专业队伍。建立涵盖医学、药学、法律、信息化等多领域的专家库,健全医疗保障政策制定、稽查稽核等方面专家咨询工作机制,更好发挥高端智库和专业机构的决策咨询和技术支持作用。坚持严管与厚爱相结合,打造忠诚干净担当的医保队伍,营造风清气正的良好政治生态。

强化医保法治能力建设。从立法、执法、司法、守法各环节加强医疗保障工作,在法治轨道上推动医疗保障事业健康发展。严格执行重大行政决策程序规定,健全依法决策机制,不断提高依法行政能力和水平。全面贯彻执行国家和山西省医疗保障法律、法规、规章规定,配套建立健全太原市相关实施办法细则,加强规范性文件监督管理,健全完善医保法治体系。加强行政执法规范化建设,贯彻落实《山西省行政执法条例》,全面落实行政执法“三项制度”。规范执法主体和执法人员管理,落实行政执法责任制,加强执法监督,促进严格公正文明规范执法。

加强医保安全建设。防范基金运行系统性风险,促进基金运行区域平衡,保持合理的基金结余水平,提高基金使用效率。制定医疗保障数据安全管理办法,依法保护参保人员基本信息和数据安全,维护医疗保障信息平台运行安全。完善系统内部监督制衡机制,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,确保不发生系统性、冲击底线的重大安全问题。

(十)推进协商共治机制,推进医疗保障协同治理

树立“大医保”意识,将促进健康的理念融入医疗保障公共政策制定实施的全过程,完善医疗、医保、医药联动机制,加强制度政策衔接,建立沟通协商机制,协同推进重点改革,切实提高医疗资源使用效率和医疗保障水平。

健全医疗卫生服务体系。以医保改革促进医疗卫生资源合理配置和优化整合,助力构建优质高效的医疗卫生服务体系。支持整合型医疗卫生服务体系建设,加强分级诊疗体系建设,推进基层医疗卫生机构发展。推进儿科、老年医学科、精神心理科和康复、护理等紧缺医疗服务发展,推进中医医疗机构和中医医疗服务发展,鼓励日间手术、多学科诊疗、无痛诊疗等医疗服务发展,支持远程医疗服务、互联网诊疗服务、互联网药品配送、上门护理服务等医疗卫生服务新模式新业态有序发展。完善检查检验政策,推进医疗机构检查检验结果互认。加强定点医药机构行业行为规范、成本控制和行业自律。

强化医药产品保障能力。建立健全短缺药品监测预警和分级应对体系,做好续约未成功药品的用药衔接和患者的用药衔接工作,建立高效、质优、价廉的城乡一体化药品配送体系。加大对原料药垄断等违法行为的执法力度,进一步做好短缺药品保供稳价。适当增加更加多元化的集中采购参与主体。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。严格药械监管,保证药品安全,拓展医疗器械唯一标识在卫生、医保等领域

的衔接应用。

建立共建共治共享的医保治理格局。挖掘整合各方优势资源,形成畅通高效的对接机制,逐步促成精细分工、优势互补、公平有序的市场竞争,共同推进多层次、高质量医疗保障体系建设。联合卫健、市场、税务等相关部门以及银行金融机构、商业保险公司等第三方机构,探索建立医保联盟,推动医疗保障相关的政府、市场、社会各方要素实现更有效的互动。探索建立跨区域医保管理协作机制,推进跨区域医保公共服务管理一体化,实现全流程、无缝隙的医疗保障公共服务和基金监管。

四、保障措施

实现“十四五”医疗保障规划任务和目标,必须坚持党的全面领导,强化政府兜底保障职能,鼓励社会力量广泛参与,凝聚新时期医疗保障事业改革创新发展的强大合力,确保本规划目标任务如期实现。

(一)加强组织领导

各县(市、区)医疗保障部门、各相关部门要强化政治引领,坚持把党的建设摆在首位,确保医疗保障工作始终保持正确的政治方向。充分认识医疗保障工作的重要性、紧迫性和艰巨性,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,切实加强对本规划实施工作的组织领导。

(二)分解落实任务

各县(市、区)医疗保障部门、各相关部门要围绕规划的总体

目标和重点任务健全规划实施机制,加强实施的动员部署、统筹协调和工作指导,明确责任主体、实施时间表和路线图,制定目标任务分解方案,把规划的重点任务落到实处,确保思路和各项目标落地。定期召开协调会,研究解决推进本规划实施过程中跨部门、跨区域的重大问题。

(三) 强化评估考核

强化对本规划实施情况的年度跟踪监测,把主要任务和目标纳入各县(市、区)和有关部门的年度目标责任考核内容。按照全市统一部署开展规划实施情况的阶段性评估,根据评估结果及需求变化,适度调整规划目标和任务。开展部门自评与社会第三方评估相结合的综合评估,提升规划实施效能。

(四) 加强宣传引导

将规划实施与宣传工作紧密结合,同步策划,同步落实,抓好规划解读,凝聚社会共识。运用多种媒介,采取多种方式,做好政府信息公开和新闻发布,大力宣传医疗保障政策及实施效果。完善网络评价机制,及时回应社会关切,正确引导社会预期。充分调动各方积极性和主动性,积极营造有利于医疗保障事业改革创新发展的舆论氛围。

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，市检察院，市工、青、妇。
各民主党派太原市委。

太原市人民政府办公室

2021 年 12 月 31 日印发
