

钦州市人民政府办公室关于印发 钦州市医疗保障“十四五”规划的通知

钦政办〔2022〕20号

各县、区人民政府，各开发区、管理区管委，市直各委、办、局：
经市人民政府同意，现将《钦州市医疗保障“十四五”规划》
印发给你们，请认真组织落实。

2022年7月8日

钦州市医疗保障“十四五”规划

为深入贯彻落实党中央、国务院和自治区关于深化医疗保障制度改革精神，推动我市医疗保障事业高质量发展，根据《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》（国办发〔2021〕36号）、《广西壮族自治区人民政府办公厅关于印发广西医疗保障“十四五”规划的通知》（桂政办发〔2022〕6号）精神，结合实际，制定本规划。

一、基本形势

（一）发展基础。

“十三五”是我市医疗保障事业发展的重大变革期，市委、市人民政府为贯彻落实党中央关于深化党和国家机构改革的重大决策部署，组建钦州市医疗保障局，医疗保障事业在高质量发展上迈出新步伐，人民群众的获得感、幸福感、安全感不断提升。

1. 多层次医疗保障制度体系基本建成。在全市基本建成以基本医疗保险为主体、大病保险为补充、医疗救助为托底，包括城镇职工医保、城乡居民医保、医疗救助和大病保险在内的全覆盖、一体化、多层次、可转换的城乡统筹医疗保障体系。

2. 全民参保目标基本实现。2020年全市基本医保参保人数361.51万人，参保率稳定在95%以上。

3. 综合保障水平逐步提高。落实国家医保药品目录，将符合条件的新增医保药品和国家医保谈判药品纳入门诊特殊慢性

病保障范围，将 29 种门诊特殊慢性病常规检查项目纳入医保支付范围，实现病种、药品目录、诊疗项目“三统一”，17 项壮瑶医技法纳入医保支付范围，支持民族医药传承创新发展。职工医保政策范围内住院和门诊医疗报销比例达到 80%以上，城乡居民医保政策范围内住院报销比例达到 75%以上。全面落实“198”健康扶贫政策，20.63 万名建档立卡贫困人口 100%参加基本医疗保险，实行门诊特殊慢性病贫困患者“先享受待遇后备案”制度，实现市内定点医疗机构基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式”结算。全面实施“村医通”工程，让群众就医更方便。

4. 异地就医直接结算得以实现。推行异地就医服务协同管理，提高异地就医直接结算成功率和结算量。实施北钦防医疗保障区域内同城同结算、同待遇、同服务一体化公共服务。“十三五”期间，钦州市参保群众区内异地就医直接结算由 2016 年 1.3 万人次增加到 2020 年的 13.57 万人次，合计达 39.15 万人次，结算总金额 10.26 亿元，统筹金额 4.65 亿元；区外异地就医直接结算由 2017 年 12 人次增加到 2020 年 1663 人次，合计 3090 人次，结算总金额 7500 万元。

5. 优化经办服务。推进医疗保险“一门式”服务改革，提升医保服务运行效率和服务质量。稳妥推进“互联网+医疗”医保结算服务，建立网上服务大厅，将服务事项推到互联网终端和移动终端，实现服务事项“网上办”、“掌上办”、“自助办”。推广医保电子凭证，参保人持码可实现医院扫码就医、购药，异地就医线上备案、异地就医实时结算等多种医保服务。

6. 医保基金监管不断加强。强化定点医药机构协议管理，完善总额预算管理和第三方审核工作。创新医保智慧监管，实施“互联网+人脸识别+实时监控”。加强基金监管，2020年实现在全市606家定点医药机构全覆盖检查。

7. 重点领域改革有序推进。深化医保支付方式改革，推行按疾病诊断相关分组（DRG）付费改革，建立以DRG付费为主的多元复合式医保支付体系。推进药品采购制度改革，2020年，共有4个批次（国家3个批次、广西1个批次）126个集中带量采购药品在钦州市落地，中选价格平均降幅58.9%。深化医药服务价格改革，取消公立医疗机构耗材加成政策，对695项医疗服务价格进行调整，让公立医院回归公益性质、医生回归看病角色、药品回归治病功能。实行药品采购及DRG支付改革，实现了药价明显降低、患者药费负担减轻、药品及耗材采购进一步规范的目标，提高了医保资金的使用率。

8. 医保应急管理不断增强。新冠肺炎疫情发生以来，全市各级医保部门坚决做到“两个确保”（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）。坚持“人民至上、生命至上”，为维护人民群众生命安全，做好疫情防控工作，共向自治区社保基金的财政专户上解新冠病毒疫苗专项资金40490万元，累计支付疫苗接种费用5578万元，执行医疗保险费“降减缓”政策，减征医疗保险费7307万元，惠及全市4922家参保单位，助力企业复工复产。

（二）面临形势。

1. 发展机遇。钦州市作为西部陆海新通道建设的战略枢纽，区位优势独特，发展潜力巨大，未来可期。我市正全面实施“建大港、壮产业、造滨城、美乡村”四轮驱动战略，努力争当广西“面朝大海、向海图强”排头兵，为推进医疗保障事业高质量发展提供了良好的发展机遇。

2. 面临挑战。生育政策调整、城镇化加速推进、统筹城乡发展任务艰巨、人口大规模流动成为常态、人口老龄化加速等诸多因素，加之新冠肺炎疫情持续影响，使得人均医疗费用负担加重，进而导致医保基金收支压力大、医保支付方式改革难、医保基金监管难度大、工作模式转型升级推进慢，医疗保障事业面临新的挑战。

二、总体要求

（一）指导思想。

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历次全会精神，深入贯彻落实习近平总书记视察广西“4·27”重要讲话精神和对广西工作的系列重要指示要求，牢牢把握全面建立中国特色医疗保障制度工作主线，坚持以人民健康为中心，深入实施健康中国战略，深化医疗卫生体制改革，坚持医疗保障需求管理和医药服务供给侧改革并重，加快建设覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次医疗保障体系，为我市全面实施“建大港、壮产业、造滨城、美乡村”

四轮驱动战略，争当广西“面朝大海，向海图强”排头兵贡献医保力量。

（二）基本原则。

——坚持党的领导。始终坚持党对医疗保障工作的领导，强化顶层设计，完善党领导医疗保障工作的体制机制，为医疗保障制度成熟定型提供根本保证。

——坚持人民立场。坚持把人民群众生命安全和身体健康放在首位，更好地确保人民群众基本医疗保障权益，满足人民群众多元化医疗保障需求。

——坚持公平适度。坚持基本医疗保障依法覆盖全民，尽力而为、量力而行，防止过度保障和保障不足。坚持促进公平、筑牢底线，强化制度公平，逐步缩小待遇差距，增强对困难群众基础性、兜底性保障。

——坚持系统集成。充分发挥医保在“三医联动”改革中的基础性作用，增强医保、医疗、医药联动改革的整体性、系统性、协同性，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

——坚持共享共治。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）总体目标。

到 2025 年，建立以市人民政府为主导、相关部门配合、各

县区协同推进的工作机制，形成与医疗保障改革发展相适应的标准化体系，实现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、医保管理服务等关键领域改革任务。

——待遇保障制度不断规范完善。基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重保障功能更加完善。推进医疗救助市级统筹，建立防范化解因病致贫返贫长效机制。加强基本医疗保险市级统筹能力，促进医疗救助和基本医疗保险统筹层次协调发展。

——医药服务协同更加高效。医疗保障和医药服务高质量协同发展，医保支付机制更加管用高效，医药服务更加公平。

——医药医疗服务价格改革不断深化。持续推进药品、医用耗材集中带量采购制度及医疗服务价格改革，药品和医用耗材价格治理机制以及以市场为主导的医药价格、采购机制更加完善健全，医疗服务价格调整更加灵敏有度。

——基金监管能力不断增强。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。

——医保服务水平不断提升。构建覆盖市一县区一镇(街道)一村(社区)的医疗保障经办服务体系，医疗保障经办流程、服务标准进一步规范，医保经办精细化管理能力不断增强，“互联网+”综合保障服务能力显著增强，信息化服务水平进一步提高，异地就医联网结算实现全覆盖。

钦州市医疗保障“十四五”发展规划主要目标

序号	项目	2020年	2025年	指标属性
1	基本医疗保险参保率	>95%	>97%	约束性
2	基本医疗保险（含生育保险）基金收入（万元）	407500	收入规模与经济社会发展水平更加适应	预期性
3	基本医疗保险（含生育保险）基金支出（万元）	379700	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
4	职工基本医疗保险政策范围内报销比例	85%左右	保持稳定	预期性
5	城乡居民基本医疗保险政策范围内报销比例（含大病保险）	70%左右	保持稳定	预期性
6	重点救助对象符合规定的住院医疗费用救助比例	70%左右	70%左右	预期性
7	实行按DRG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
8	药品集中带量采购品种（个）	126	800	预期性
9	医用耗材集中带量采购品种（类）	1	10	预期性
10	医保信用监管体系建设县区覆盖率	——	100%	预期性
11	住院费用跨省直接结算率	70%左右	>70%	预期性
12	医疗保障政务服务事项线上可办率	80%以上	>90%	预期性
13	医疗保障政务服务窗口可办率	——	100%	约束性

三、重点任务

（一）提升基本医疗保险参保质量。

全面提升基本医疗保险参保质量。单位职工、城乡居民、灵活就业人员依法依规分类参加基本医疗保险。适应新业态发展，完善灵活就业人员参保缴费方式，开放对灵活就业人员参保的户籍限制。深化医疗保险费征收体制改革，加强与残联、大数据发展、教育、公安、民政、司法、人力资源社会保障、卫生健康、税务、市场监管、乡村振兴等部门的数据共享交换机制，加强人员信息比对，优化参保缴费服务，拓展参保缴费便民渠道，提升参保数据质量，防止“漏保”、“断保”，避免重复参保，保持参保率总体稳定。加大医保政策精准宣传，积极引导城乡居民主动参保、持续参保，切实提高人民群众的缴费意愿。做好跨统筹地区参保人员基本医疗保险关系转移接续工作。

（二）健全稳健可持续的筹资运行机制。

1. 巩固提高统一完善的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。按照“收支两条线”管理办法，统一基金征缴和拨付流程。推进医疗救助市级统筹，提高资金使用效率，增强抗风险能力。根据经济发展水平、医疗费用合理增长趋势、医保基金可持续发展能力等因素，科学编制医疗保障基金收支预算，加强基金预算执行监督。全面实施基金预算绩效管理，强化绩效监控、评价和结果运用，促进医保基金管理水平稳步提高。

2. 完善筹资分担和调整机制，强化筹资主体责任。完善基金筹资结构，保障基金持续健康运行，提高基金互助共济能力。

落实城乡居民基本医疗保险财政补助标准和个人缴费标准，稳步提升筹资水平。落实市、县级财政事权和支出责任。

（三）完善公平适度的待遇保障机制。

1. 贯彻执行基本医疗保险制度。强化医疗保险政策贯彻执行能力，进一步落实门诊特殊慢性病政策，增强门诊共济保障功能，统筹做好门诊和住院待遇政策衔接，不断提高城乡居民基本医疗保险门诊保障水平。建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制，推进职工基本医疗保险个人账户改革，规范个人账户使用范围。

2. 落实医疗保障待遇清单制度。严格执行国家和自治区医疗保障基本制度、基本政策、基金支付范围和标准，清理超出清单授权范围的政策，纠正过度保障和保障不足问题，促进公平统一。

3. 执行自治区统一的城乡医疗救助制度。全面落实重特大疾病医疗保险和救助制度，将因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者纳入医疗救助范围，筑牢医疗救助托底保障防线。积极推进医疗救助与医保一体化经办。

4. 巩固拓展医疗保障成果与乡村振兴战略有效衔接。落实自治区巩固拓展医疗保障成果与乡村振兴战略有效衔接的倾斜政策，持续做好分类资助参保，大病保险继续对困难群众予以倾斜。对规范转诊且在自治区内就医的救助对象，经三重制度综合保障后政策范围内个人负担仍然较重的，给予倾斜救助。加强部门数据及时精准对接共享，建立防范化解因病致贫返贫动态监测和精准帮扶机制。加强基层医疗保障服务，引导合理诊疗，促进

有序就医，整体提升农村医疗保障和健康管理水平。

5. 健全重大疫情综合医疗保障机制。在突发疫情等紧急情况时，落实临时综合保障政策，确保医疗机构先救治、后收费，医保基金先预付、后结算。根据国家统一部署，通过针对性免除医疗保险限制性条款等措施，落实相关医药费豁免制度。建立健全重大疫情医保基金预付和医疗费用结算、清算机制，统筹医保基金和公共卫生服务资金使用，实现公共卫生服务和医疗服务有效衔接。

6. 推进建立长期护理保险制度。围绕国家、自治区的医疗保障事业发展目标及统一部署，适时推进长期护理保险相关工作，重点解决重度失能人员和重度残疾人员基本护理保障需求。发挥政府、市场、社会等各方作用，鼓励商业保险积极参与长期护理保险建设，满足群众多元保障需求。

7. 促进多层次医疗保险体系发展。鼓励、引导和支持商业保险机构探索实施与基本医疗保险、大病保险相衔接的普惠型商业健康保险，保障医保目录外用药大额支出，补齐多层次医疗保障体系中商业健康保险短板。鼓励将医疗新技术、新药品、新器械应用纳入商业健康保险保障范围。

（四）深化医保支付方式改革。

1. 强化医保目录管理。贯彻执行国家、自治区基本医疗保险目录，落实国家、自治区医保谈判药品落地使用政策。规范中药壮瑶药饮片、中药配方颗粒和治疗性医疗机构制剂使用及医保支付管理。动态调整基本医疗保险（生育保险）药品目录。根据

医疗保障待遇清单，逐步规范全市医保医疗服务项目、医用耗材支付范围。结合医保基金承受能力，积极向自治区争取将临床疗效确切、性价比高的新增医疗服务项目纳入医保支付范围，鼓励中医、壮瑶医等医疗服务新技术有序发展。

2. 深化医保支付方式改革。全面推进医保支付方式改革，推行以 DRG 付费方式为主的多元复合式医保支付方式，激励医疗机构规范医疗服务行为，完善成本控制机制，引导医疗资源合理配置和患者有序就医。加强统筹医保基金总额预算管理，推进医疗康复、慢性精神疾病等长期住院床日付费。探索紧密型医疗联合体医保支付政策。

3. 规范医保定点医药机构管理。贯彻执行国家、自治区定点医药机构管理办法，优化医药机构定点申请、专业评估等流程。全面规范和建立医保定点医药机构属地管理、分级负责，管办分开、明确职责，专业评估、强化监督的科学管理体系。健全医保经办机构与医疗机构间公开平等的谈判协商制度。坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的总额预算编制机制，完善分项分类预算管理办法，健全预算和结算管理机制。鼓励发展“互联网+医疗”等新服务模式，加快实现线上线下诊疗服务统一管理。完善定点医药机构协议管理制度，建立和完善定点医药机构动态管理和退出机制。

专栏 1：建立多元复合医保支付体系

1. 建立多元复合式医保支付方式。发挥医保的杠杆作用，形成以总额预付为基本，以 DRG 付费为主，按床日、项目付费等多元复合式付费方式。

2. 持续推进 DRG 付费改革。不断优化完善 DRG 付费流程，按照上级 DRG 分组方案和权重动态调整，逐步推进 DRG 付费改革覆盖一级及以上定点医疗机构。

3. 加强医保总额预算管理。强化医保基金总额预算管理，健全统筹区域内“总额预算、结余留用、合理超支分担”的责任共担机制。

4. 探索开展符合中医药特点的医保支付方式。推广中医优势病种按疗效价值付费，充分体现中医药服务价值。

（五）深化医药、医疗服务价格改革。

1. 完善药品、医用耗材集中采购机制。推进国家组织、省级组织、省际联盟集中采购的药品和医用耗材在钦州落地工作，确保带量采购任务落地见效。组织参加高值医用耗材阳光挂网采购和直接挂网药品议价采购。落实医保支付与集中采购价格协同机制。完善涉及与药品和医用耗材集中采购相配套的激励约束机制，对因集中带量采购节约的医保资金，按照相关规定给予医疗机构结余留用激励。提升药品、医用耗材网上采购结算率。

2. 开展药品和医用耗材价格治理。建立药品、医用耗材价格监测预警机制，落实医药价格、招采信用评价制度和信息共享机制，强化结果应用，提升对药品和医用耗材价格异常变动的分析预警应对能力。实施全国医药价格监测工程，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、价格指数等管理工具，推动药品、医用耗材价格回归在合理范围，遏制药品和医用耗材价格虚高，促进医药行业高质量发展。

3. 进一步推进医疗服务价格改革。持续深化医疗服务价格改革，落实医疗服务价格项目合理确定与动态调整机制。动态调整医疗服务价格，合理确定价格调整总量，优化医疗服务价格结构，逐步实现医用耗材与价格项目分离，注重提高医疗服务技术价值。协同推进医药服务供给侧改革。加快审核新增医疗服务价格项目，支持和促进医疗新技术进入临床，支持将符合条件的中医、壮医、瑶医等医疗服务项目按规定纳入医保支付范围。

（六）协同推进“三医联动”改革。

持续深化医疗、医保、医药“三医联动”改革，全力推动医改各项任务落地见效。发挥医保政策杠杆作用，协同推进共治共享、多方参与的医药服务供给体系改革，优化医疗资源配置效率。支持紧密型医疗联合体建设，加快远程医疗技术、人工智能等新技术在医疗保障领域的推广运用。推进优质医疗资源向基层下沉，落实分级诊疗制度，促进定点医药机构行业行为规范、成本控制和行业自律。落实药品处方流转机制，规范医疗机构与零售药店之间处方流转共享，充分发挥药师职能作用。

（七）健全完善医保基金监管机制。

1. 加快医疗保障基金监管制度建设。健全基金监管体制机制，建立内外联动的综合监管体系，发挥医保公共服务机构监管、

部门协同监管、第三方力量监管和社会监督的作用，提升基金监管能力；建立信息强制披露制度，依法依规向社会公开医药费用、费用结构等信息；完善欺诈骗保举报奖励制度，推进主动曝光典型案例的常态化、制度化。着力提升医保基金监管能力，落实市、县区医保部门监管职责，强化医保定点医药机构的主体管理责任。

2. 建立完善智能监控制度。协同推进全国统一的医保智能监管子系统落地应用，强化事前提醒、事中监管，实现医保基金全方位、全流程智能监控。建立和完善全方位、全流程、全环节医保智能监控系统，加强推广应用视频监控、人脸识别等“互联网+”新技术、新手段，切实强化医保基金监管能力配置，提升智能监控水平。完善智能监控规则，提升智能监控功能。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，有效规范诊疗服务行为，提升监管效能。

3. 建立健全医疗保障信用管理制度。推进医疗保障信用体系建设，建立定点医药机构、医保医师（药师、护师、技师）、参保人员等医保信用记录、信用评价管理制度。创新定点医药机构综合绩效考评机制，将信用评价结果、综合绩效考评结果与预算管理、检查稽核、定点协议管理等挂钩。规范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管理，依法依规实施守信联合激励和失信联合惩戒。

4. 建立综合监管制度。建立医保、卫生健康、财政、公安、市场监管等部门相互配合、协同监管的综合监管制度，加强部门联合执法，构建协同监管格局，建立健全欺诈骗保案件情报沟通、

协作查处和信息共享机制，建立信息报送制度，畅通案件移送渠道，各相关部门对查实的欺诈骗保行为按照职责权限依法依规处理。建立健全打击欺诈骗保行刑衔接工作机制，将医保监管与卫生综合监管等有机衔接，推动医保监管结果有效运用。

5. 完善社会监督制度。广泛动员社会各界参与医保基金监管，协同构建医保基金安全防线，促进形成社会监督的良好态势，实现政府治理和社会监督、舆论监督良性互动。健全欺诈骗保行为举报投诉奖励机制，完善医保基金社会监督员制度、欺诈骗保举报奖励制度，推动通报曝光常态化。

6. 加强医保基金预算管理和风险预警。科学编制医保基金收支预算，构建医保基金预算执行纠偏机制，加强运行管理和预算执行监督。全面实施医保基金运行和中央财政转移支付资金全过程绩效管理。分类开展职工医保基金和城乡居民医保基金中长期精算。

专栏 2：医保基金监管工程

1. 完善基础信息标准库和临床指南等医学知识库，推进信息化智能监控建设，并动态更新。
2. 开展药品和医用耗材进销存实时管理，探索建立医保信息平台下的药品和医用耗材进销存智能化实时监控系統。
3. 推广生物特征识别、视频监控等信息化技术在医保基金监管中的应用。
4. 将异地就医、门诊就医、药店购药等纳入智能监控范围。

（八）提升医疗保障公共服务能力。

1. 完善医保经办管理服务体系建设。推进医保经办管理标

准化体系建设，实现经办服务、事项办理标准一致化。加强基层医保经办服务能力建设，推进医保经办服务下沉，实现市、县区、镇（街道）、村（社区）医保经办服务全覆盖。加强医保经办服务队伍建设，健全完善考核激励机制，打造与新时代医保公共服务要求相适应的专业队伍。建立健全基层医保机构组织管理体系，推进运行管理标准化。加大财政投入保障，确保医保经办机构正常运行。

2. 优化医保公共服务。加强部门联动协作，落实全市医保服务窗口标准化、规范化建设，实施全市统一的医保经办政务服务清单制度。进一步梳理、优化、精简经办服务事项，实现群众办事“少跑腿”、“零跑腿”、“数据跑腿”。建立与管理服务绩效挂钩的激励约束机制，缩小地区及城乡医保公共管理服务能力配置差异。支持符合条件的养老机构内设医疗机构纳入医保定点协议管理范围，实现人员增减变动、退休办理等服务“聚合办”、“联合办”，满足老年人群体医保服务需求。

3. 提升医保现代化服务水平。推进“互联网+医保服务”。推进医保公共服务事项“网上办”、“掌上办”，不断扩大“全区通办”、“跨省通办”服务事项范围，实现群众办事“一次不用跑”、“最多跑一趟”。完善“互联网+医保”线上结算管理服务新模式，实现互联网诊疗、电子处方流转、在线费用结算、送药上门全流程的医保服务。

4. 优化异地就医结算服务。协同推进全区统一的异地就医备案服务，提供不少于3种线上备案服务渠道。扩大异地就医直接结算范围，推行门诊费用双向跨省直接结算，推进门诊特殊慢

性病相关治疗费用跨省直接结算工作。强化异地就医费用协同监管，将异地就医费用与本地费用同监管。

专栏 3：完善医保经办管理服务体系工程

1. 健全经办管理服务体系。建立覆盖市、县区、镇（街道）、村（社区）的四级医保服务网络。镇（街道）层面，依托镇（街道）政务服务中心提供业务受理、政策咨询、信息查询等服务；村（社区）层面，依托村级公共服务中心和村卫生室，提供参保缴费、信息查询等服务。

2. 加强工作人员配备。根据参保人数和服务量等情况，加强经办服务人员配置与培训。

3. 推进服务窗口标准化建设。推动医保经办大厅设置和服务规范落地，开展标准化窗口和示范点建设。

（九）加快医保数字化、智慧化建设。

1. 全面提升医保信息化水平。依托全国统一的医保信息平台，实现全市医保一个系统、一张网络、一套数据，确保规范、高效、安全运行。借助云计算、移动互联网、大数据等新一代信息技术，加快推进集医保结算、移动支付、基金监管为一体的线上结算服务管理新模式。持续做好医保业务编码动态维护，继续深入推进“村医通+”工程，促进更多医保服务在基层落地见效。加快建设自助一体机结算平台，面向全市定点医疗机构提供接入服务，使参保患者在医疗机构自助终端上实现医保结算自助办。

2. 推进医保电子凭证签发和应用工作。加快推广应用医保电子凭证，实现医保经办机构 and 定点医药机构医保电子凭证应用全覆盖。推进医保电子凭证在村卫生室直接结算，实现医保结算“一码通”。

专栏 4：医保信息化建设工程

1. 医疗平台建设工程：按照全国统一标准建设医保公共服务平台，包括在线服务平台、手机移动端 APP、服务热线。重点建设自助一体机结算平台、网上结算平台，向定点医疗机构提供接入服务。

2. 动态维护医保药品、医用耗材、医疗服务项目分类与代码等医保信息业务编码，全面推进医保信息业务编码贯彻应用。

3. 强化医保信息安全管理，做好医保数据分级分类管理，依法保护参保人员基本信息数据安全。

四、保障措施

（一）加强组织领导。坚持党对医保工作的全面领导。发挥各级党组织的领导核心作用，加强对工作思路和任务部署的政治把关。建立与医保事业发展相适应的人才队伍，为完成规划任务提供坚强人才保障。各级各部门要提高思想认识，强化责任落实，细化责任目标，制定实施方案，统筹做好医保规划工作。

（二）实施法制建设。坚持依法决策、依法行政、依法执法共同推进，推动法治医保与法治政府、法治社会一体建设，在医保系统形成依法治理新格局。贯彻执行医保基金监管执法公开全过程记录制度，加强大数据等信息技术在医保服务和监管中的应用，提升医保行政管理和执法人员监管能力。

（三）加强统筹规划。各级医保部门、相关责任单位要将落实规划作为重点工作，明确责任主体，科学把握规划重点难点，制定时间表和路线图，统筹安排、协同推进各项任务，确保如期完成规划目标。

（四）强化人才保障。通过多种形式组织干部系统学、深入学，提高干部的政治素养、理论水平、专业能力、实践本领。加快补齐医保人才队伍短板，优化人才结构，注重品德和实绩的考核。开展医保干部轮岗交流、跨部门交流。加强医保经办、基金监管力量和能力建设，强化医保干部教育培训，完善选人用人、职务职级调整等激励和保障机制，健全干部考评交流机制，努力建设一支廉洁、勤政、务实、高效的干部队伍。

（五）做好监督评估。编制年度计划，科学设定年度计划监测指标，加强年度计划监测分析。开展规划实施情况动态监测、中期评估和总结评估，评估规划实施进展情况和存在的问题，提出规划实施的工作建议。

（六）加强宣传引导。坚持正面宣传和舆论引导，加强医保政策解读和宣传服务，提高群众政策知晓度。加强对两定医药机构（定点医疗机构和定点零售药店）和广大参保人员医保法律法规政策的宣传，提高医药机构和参保人员法治意识，积极营造全社会关心支持医保事业发展的良好氛围。