

渠府办〔2023〕69号

**渠县人民政府办公室
关于印发《渠县“十四五”全民医疗保障规划
(2021—2025年)》的通知**

各乡镇人民政府、街道办事处，县级各部门（单位）：

经县政府同意，现将《渠县“十四五”全民医疗保障规划（2021—2025年）》印发给你们，请认真贯彻落实。

渠县“十四五”全民医疗保障规划

(2021—2025年)

目 录

第一章	规划背景	4
第一节	发展基础	4
第二节	机遇与挑战	7
第二章	总体思路	8
第一节	指导思想	8
第二节	基本原则	9
第三节	发展目标	10
第三章	重点任务	13
第一节	完善基本医疗保障待遇机制	13
第二节	优化基本医疗保障筹资机制	15
第三节	持续改进医疗保障支付机制	16
第四节	加快健全基金监管体制机制	18
第五节	深入推动医药价格改革	20
第六节	全面提升公共服务能力	21
第七节	健全多层次医疗保障体系	23
第八节	协同推进健康渠县建设	25
第九节	大力推进智慧医保建设	27

第十节	防范和化解系统风险·····	29
第四章	保障措施·····	30
第一节	加强组织保障·····	30
第二节	加强干部队伍建设·····	31
第三节	加强实施监督评估·····	32

医疗保障是党和国家为减轻人民群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定作出的重大制度安排。为推动医疗保障事业更高质量发展，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的实施意见》《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）、《达州市人民政府办公室关于印发<达州市“十四五”全民医疗保障规划（2021—2025年）>的通知》（达市府办发〔2021〕49号）制定本规划，进一步明确十四五时期我县医疗保障工作的主要目标和重点任务，指导全县医疗保障工作。

第一章 规划背景

“十三五”期间，全县医疗保障工作以习近平新时代中国特色社会主义思想为引领，坚持以人民为中心，贯彻落实县委县政府决策部署，加快医疗保障制度改革创新，推进医疗保障事业飞速发展。当前，我县发展仍处于重要战略机遇期，但内外部环境发生深刻变化，医疗保障工作面临新的机遇挑战。

第一节 发展基础

“十三五”时期，我县已基本建立起覆盖全面的医疗保障网，在破解看病难、看病贵问题上取得了突破性进展，初步建立起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

康保险等共同发展的多层次医疗保障制度体系，对缓解全县人民疾病后顾之忧和提高全民健康素质提供了坚实保障。

制度体系更加完善。加快完善多层次医疗保障制度体系，全面完成城乡居民基本医疗保险制度整合，生育保险与职工基本医疗保险合并实施，持续完善医疗救助制度，将救助对象扩大至最低生活保障人员和特困供养人员，对特困人员个人参保缴费部分予以 100% 补助。健全“一单制”即时结算机制，有效降低医疗费用负担，让困难群众少跑路。

医保基金运行总体稳定。健全基本医疗保障稳定可持续筹资和保障水平调整机制，坚持精算平衡，基金运行总体安全可控。实施全民参保计划，促进和引导各类单位和符合条件的人员长期持续参保，实现应参保人员基本覆盖，参保率稳定在 98% 以上。维护基金安全，以“零容忍”的态度严厉打击欺诈骗保行为，推进医保基金总额控制，部门联动打击、社会广泛参与的共治格局和打击欺诈骗保高压态势基本形成。

重大改革取得实效。深化医疗保障支付方式改革，实行以按疾病诊断相关分组（DRG）付费改革，按项目、按病种、床日（患者住院天数）等支付方式并存的多元复合支付方式。积极推进国家组织药品集中带量采购和使用扩围试点工作，人民群众反响良好。加强定点医药机构协议管理，不断完善服务协议，明确违规责任与处理办法，不断强化对定点医药机构发生费用的监管。

公共服务质效不断优化。全面规范医疗保障办事流程，建立

覆盖城乡的医疗保险经办服务体系。推行“综合柜员制”“一站式”服务，实现跨省异地结算。加快推进信息系统建设，启动“智慧医疗保障”软、硬件升级改造，全面推进医保电子凭证推广应用。深化“放管服”改革，优化医疗保障费用审核结算办法，经办时间、提交材料、办事环节大幅压缩。大力推行异地就医直接结算，优化备案流程，扩大异地就医联网直接结算范围，畅通网上备案、电话备案，全县定点医疗机构接入省级平台，实现省内个人账户异地门诊直接结算。

群众获得感持续增强。稳步提升城乡居民医保待遇，扩宽医疗保险受益面，城乡居民高血压、糖尿病（以下统称“两病”）门诊医疗费用负担持续减轻，参保群众获得感、幸福感明显增强。健全重特大疾病保障机制，实施统一的城乡居民大病保险制度，加大大病保险对贫困人口的支付倾斜力度，大幅降低起付线并提高支付比例，政策范围内大病保险总体报销比例达60%以上，大病保险保障能力持续提升。保障新型冠状病毒感染患者医疗救治费用，延缓医疗保障缴费期，实现跨省异地就医新型冠状病毒感染患者“先救治后清算”和省内异地就医患者联网结算。

医疗保障脱贫攻坚成果显著。加强信息数据比对，建立贫困人口信息实时动态调整机制，全面落实财政对困难群众社会保险个人缴费代缴相关政策规定，实现贫困人口100%参保。落实建档立卡贫困人口基本医疗保障、大病保险、医疗救助“三重保障”机制，简化门诊特殊疾病及“两病”申办流程，实现待遇享受100%。全面

梳理医疗保障扶贫领域反馈问题，建立整改台账并跟踪整改，实现问题整改 100%。

人才队伍建设稳步推进。高质量推进医疗保障人才队伍建设，着力锻造高素质专业化医疗保障铁军，持续提升服务人民群众能力水平。制定干部队伍建设规划和教育培训计划，大力实施“能力提升工程”，采取走出去、引进来的方式，加强医疗保障队伍学习培训，提升医疗保障队伍能力素质和专业水平。常态开展廉政警示教育，认真贯彻执行党风廉政建设若干纪律和中央“八项规定”，紧盯重大节假日和“四风”问题，干部队伍廉洁稳定。

第二节 机遇与挑战

“十四五”时期是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，是落实深化医疗保障制度改革意见、推动医疗保障制度体系走向成熟定型的五年，也是我县抢抓重大战略机遇，实现高质量发展的关键时期，立足新发展阶段、贯彻新发展理念、构建新发展格局对全县医疗保障改革发展提出了新的更高要求。

从机遇看。党中央、国务院高度重视医疗保障工作，出台深化医疗保障制度相关改革意见，为高质量推进医疗保障改革发展提供了有力的制度保障。我国开启全面建设社会主义现代化国家新征程，现代经济体系逐步建立，综合国力持续增强，为医疗保障高质量发展提供了良好的环境和物质基础保障。县委、县政府

高度重视医疗保障工作，明确提出实施全民参保计划，健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次社会保障体系；与此同时，医疗卫生等公共服务质量明显提高，人民生活水平和生活质量大幅提升，人民对美好生活的新期待将得到更多的满足，为我县医疗保障事业实现高质量发展提供了难得的历史机遇保障。

从挑战看。我县医保基金收支仍存在矛盾，医保基金支出增长较快，参保扩面空间较小，加之参保群众医疗需求日益增强、医疗新技术、新项目、新设备陆续投入，收入与支出差日益增大。医保基金监管形势严峻，对监管范围、监管比例、监管方法、监管责任和结果处理规定不够具体，异地医疗费用存在监管盲区，监管可及性差。政策宣传还不到位，部分群众对医疗保障政策的认知度不够。同时，不容忽视的是，医疗保障人才队伍有短板，“小马拉大车”现象突出，医疗保障从业人员中临床医学、计算机等专业人员严重缺乏，干部队伍整体能力和水平参差不齐，距离治理体系和治理能力现代化的要求还有很大距离。

第二章 总体思路

第一节 指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚决贯彻落实党中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的决策部署，贯彻

执行省委省政府、市委市政府、县委县政府各项决策部署，坚持以人民健康为中心的发展思想，以推动我县医疗保障制度更加成熟定型为主线，以解除全县人民疾病医疗后顾之忧为根本目的，以体制机制创新为动力，发挥医保基金战略性购买作用，加快推动待遇保障精细化、筹资运行规范化、医保支付便捷化、基金监管精准化，加快健全覆盖全民、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，努力为全县人民提供全方位、全周期更有价值、更可靠的医疗保障，提升人民群众的获得感、幸福感和安全感。

第二节 基本原则

坚持党的全面领导。坚持把政治建设摆在首要位置，加强自身建设，不断增强“四个意识”、坚定“四个自信”、做到“两个维护”，坚持和完善中国特色医疗保障制度，大力提升各级党组织领导医疗保障事业高质量发展的能力，为我县医疗保障事业发展提供坚强政治保证。

坚持以人民健康为中心。把增进人民福祉、促进人的全面发展作为发展的出发点和落脚点，更好满足人民群众对美好生活的新期待，助力“健康四川 2030”“健康达州”“健康渠县”建设，为人民群众提供更加优质高效的医疗保障。

坚持覆盖全民、公平统一。完善覆盖全民的医疗保障体系，遵循普惠公平、互助共济、权责一致，强化制度公平，持续推动

制度规范统一，提高基本医疗保障公平性、共济性。

坚持保障基本、稳健持续。坚持基本医疗保障尽力而为、量力而行，实事求是确定保障范围和标准。坚持稳健持续、防范风险，科学确定筹资水平，均衡各方缴费责任，加强统筹共济，确保基金可持续。

坚持系统集成、协同高效。坚持系统思维，增强改革的整体性、系统性、协同性，加强政策集成和大数据治理，发挥医保基金战略购买作用，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

坚持共建共治共享。坚持政府、市场、社会协同发力，坚持治理创新、提质增效，提高医疗保障治理社会化、法治化、标准化、智能化水平，强化医保、医疗、医药协商共治，让人民群众共享改革发展成果。

第三节 发展目标

“十四五”时期，我县医疗保障制度将更加成熟定型，基本完成待遇保障、筹资运行、支付方式、基金监管等重要机制以及医药服务供给和公共服务管理等关键领域的改革任务。

制度体系更加成熟。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体系基本形成；全民医疗保障制度更加成熟定型，公平统一更加凸显，共建共享共治格局基本形成。

运行效率稳步提高。医保基金的战略购买作用切实发挥，资

源配置更加优化；基金在基层医疗机构支出占比稳步提高，多元付费方式全面推行；以市场为主导的医药价格形成机制更加完善，慢病管理和重特大疾病保障取得新进展。

治理能力现代化水平持续提升。全民医疗保障制度框架更加规范统一，体系更加完善，基金监管长效机制基本建立；医疗保障公共服务体系更加健全，服务流程更加标准、便捷，队伍建设取得实质性进展，医保定点管理更加规范高效。

智慧医保全面加强。医疗保障数字化加快发展，信息化标准化程度显著提升，开放共享应用水平不断提高，医保电子凭证普遍应用，线上办理率明显提高，关系转移接续、异地就医结算更加便捷，智能监控体系更加稳定高效。

基金运行安全和可持续性提升。医保基金运行安全稳健，个人、单位、政府筹资责任更加科学均衡，基金结余合理且风险可控，多层次医疗保障衔接有序，制度可持续性加强，群众医疗费用负担进一步减轻，个人隐私得到更好保护。

主要指标和预期目标

主要指标	2020年实际值	2025年目标值	牵头单位	考察维度	指标属性
基本医疗保险参保率	>98%	稳定在98%以上	县医保局 县税务局	覆盖范围	约束性
医疗救助统筹层次	——	实现医疗救助市级统筹	县医保局 县财政局	覆盖范围	约束性
基本医疗保险（含生育保险）基金收入	150792.1万元	收入规模与经济规模相适应	县医保局 县财政局 县税务局	基金安全	预期性
基本医疗保险（含生育保险）基金支出	40275万元	支出规模与经济发展水平、群众疾病健	县医保局 县财政局	基金安全	预期性

主要指标	2020年 实际值	2025年目标值	牵头单位	考察维度	指标 属性
		康需求相适应			
基本医疗保险基金累计结余	26710.4万元	保持在合理水平	县医保局 县财政局	基金安全	预期性
职工医保政策范围内住院报销比例	80%左右	稳定在80%左右	县医保局	保障水平	约束性
居民医保政策范围内住院报销比例(含大病保险)	接近70%	稳定在70%左右	县医保局	保障水平	约束性
当年各级财政补助资金到位率	100%	100%	县医保局 县财政局	保障水平	约束性
住院费用按疾病相关分组或按病种付费覆盖	覆盖全县二甲以上定点医疗机构	覆盖100%定点医疗机构	县医保局	改革发展	预期性
公立医疗机构通过集中采购平台线上采购药品、高值医用耗材数量占比	——	公立医疗机构在用药品和医用耗材线上开展采购、交易、结算,药品线上采购率达100%,高值医用耗材达到80%	县医保局 县卫健局	改革发展	预期性
药品、医用耗材集中带量采购品种	112个试点药品实行收费最高限价管理	完成国家组织药品和医用耗材集中带量采购任务,以省或省际联盟形式开展带量采购,药品品种和耗材稳步提升	县医保局 县卫健局 县市场监管局	改革发展	预期性
医疗保障政务服务满意度	——	85%以上	县医保局	满意度	预期性
医疗保障政务服务事项线上可办率	33%	80%	县医保局	公共服务能力建设	约束性
医疗保障政务服务事项窗口可办率	——	100%	县医保局	公共服务能力建设	约束性
医疗保障政策宣传效果	——	考核分值80分以上	县医保局	公共服务能力建设	约束性

展望二〇三五年，我县将与全国、全省、全市同步基本实现社会主义现代化，多层次医疗保障制度体系更加成熟定型，医药服务资源配置更加均衡，公共服务体系更加健全，医保、医疗、医药协同高效治理格局基本形成，实现更好保障病有所医和全民健康的目标，医疗保障治理体系和治理能力现代化基本实现。

第三章 重点任务

第一节 完善基本医疗保障待遇机制

巩固提升医疗保障待遇，实事求是确定保障范围和标准，增强基础性、兜底性保障，巩固医疗保障脱贫攻坚成果，完善重大疫情、灾害医疗救治费用保障机制，强化基本医疗保险、补充医疗保险和医疗救助互补衔接。

巩固提升医疗保障待遇。按照国家、省、市部署，完善基本医疗保险的待遇和门诊统筹政策，优化城乡居民基本医疗保险门诊费用统筹报销制度，改革职工基本医疗保险个人账户，建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制。严格执行国家基本医疗保险待遇清单管理制度，明确待遇边界、政策调整权限、决策制定程序，推动医疗保障制度法定化、决策科学化、管理规范。建立健全与经济发展、筹资能力相适应的基本医疗保险待遇动态调整机制，根据经济社会发展水平和基金承受能力稳步提高医疗保障待遇，既避免过度保障又避免保障不足。

健全完善医疗救助制度。建立救助对象及时精准识别机制，全面落实资助参保政策，实施分层分类救助，合理控制救助对象政策范围内自付费用比例。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，提高救助资金使用效率，最大限度惠及困难群众。

巩固医疗保障脱贫攻坚成果，与乡村振兴有效衔接。加大医疗救助资金投入，助力乡村振兴战略实施；分阶段、分对象、分类别调整乡村振兴期间保障措施，将不属于低保对象、特困人员和返贫致贫的脱贫人口逐步转为按规定享受基本医疗保险待遇，确保政策有效衔接，待遇平稳过渡。统筹发挥基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重保障制度综合梯次减负功能，严格执行医疗保障扶贫政策，防止脱贫人口因病致贫、因病返贫。

完善重大疫情、灾害医疗救治费用保障机制。健全重大疫情救治医疗保障支付政策，建立医保基金提前预拨机制，完善异地就医直接结算制度，确保医疗机构先救治、后收费，不因费用问题影响患者就医。建立特殊群体、特定疾病医药费豁免制度，根据国家、省和市要求，在权限范围内有针对性免除医疗保障目录、支付限额、用药量等限制性条款，减轻困难群众就医就诊后顾之忧。统筹使用医保基金和公共卫生服务资金，提高对基层医疗机构的支付比例，实现公共卫生服务和医疗服务有效衔接。

第二节 优化基本医疗保障筹资机制

着眼医保基金中长期平衡和可持续发展，建立健全与我县基本县情相适应、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，加强基金运行管理和风险预警。

强化基本医保参保工作。完善基本医疗保险参保制度和政策体系，推动职工和城乡居民分类保障，待遇与缴费挂钩，基金分别建账、分账核算，推进法定医疗保障制度更加成熟定型。完善外出务工和流动人员参保政策，进一步优化灵活就业人员等新业态从业人员缴费政策和流程，将新经济组织、新业态从业人员、新个体户等纳入法定医疗保障制度范围。

提升基本医疗保险参保质量。按照应保尽保、依法参保的要求，推动各类人群全面参保。完善参保缴费方式，提高参保缴费服务便利性。建立多部门的信息共享机制，建立全县户籍人口参保数据库，明确已参保、未参保、不参保人员和死亡人员，实现参保信息动态查询和管理。深化征缴体制改革，全面推动自主申报缴费，做好流动就业人员参保和跨统筹地区基本医疗保障关系转移接续工作，加强城乡居民参保缴费服务，压实乡镇（街道）人民政府（办事处）参保征缴责任。

完善责任均衡的多元筹资机制。建立稳定可持续的筹资机制，优化个人缴费和政府补贴结构，均衡个人、用人单位和政府三方筹资责任。按国家统一部署建立基准费率制度，规范缴费基数，根据医保基金运行状况和群众负担水平变化动态调整费率。完善

财政对医疗救助投入机制，切实减轻困难群众医疗负担。

提高基金预算管理水平。提高预算管理水平，逐步将人口结构、发病率、医疗费用变化等因素纳入预算管理，坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，科学编制医疗保障基金收支预算，建立基金运行风险评估、预警机制，实现医保基金中长期精算平衡。完善预算执行分析报告制度，增强预算执行约束力，实现医保基金稳定可持续。加强预算绩效管理和执行监督，强化绩效目标、绩效过程监控、绩效结果评估和结果运用。

逐步提高统筹质量和层次。完善基本医疗保险市级统筹，将职工补充医疗保险和公务员医疗补助纳入市级统筹管理，实现制度政策统一、基金收支统一、管理服务统一。

第三节 持续改进医疗保障支付机制

按照“保基本”原则，坚持临床需要、合理诊治、适应技术，落实医疗保障目录动态调整机制，坚定不移推进医保支付方式改革，实现更有效率的医保支付。

加强药品、医用耗材和医疗服务项目目录管理。全面贯彻落实国家《基本医疗保险用药管理暂行办法》和我省基本医疗保险用药管理政策以及民族药、中药饮片、医院制剂等支付管理办法，严格执行药品单行支付政策，健全医院和药店“双通道”供药机制。按照全省统一诊疗项目、医用耗材管理制度规范管理，落实好国家和我省罕见病用药保障政策，满足参保群众基本医疗需求。

深入推进医疗保障支付方式改革。推行 DRG 付费方式改革。开展慢性病、精神疾病、医养结合、家庭病床等长期住院按床日付费，门诊特殊慢性病、家庭医生签约服务按人头（每人每年）付费。完善医保基金预付及结算管理机制。总结评估县域医共体建设试点经验，强化考核管理和激励机制，确保改革效果。

专栏 1 DGR 支付方式改革评估工程

1. 完善 DGR 支付方式改革相关制度，增强 DRG 分组、权重分值、结算办法、配套政策等技术性指标参数的科学性、符合性、标准性、适用性。
2. 评估 DRG 付费实施绩效。

建立健全协商谈判机制。健全医疗保障支付协商谈判机制，平衡医保基金和医疗服务机构利益，探索具有特色的多方利益趋同的新型服务供需格局。建立针对不同支付方式特别是异地就医医疗服务行为的监督管理办法，健全与医疗质量、协议履行绩效考核结果相挂钩的工作机制。

深入推进医疗保障异地就医结算。优化异地就医结算管理，依托智慧医疗保障建设，不断探索和完善新的异地就医结算方式，推动异地就医服务标准化、精细化。持续扩大门诊特殊疾病费用跨省直接结算、城乡居民门诊统筹省内异地就医直接结算和跨省异地就医直接结算覆盖范围。

第四节 加快健全基金监管体制机制

加快推进基金监管制度体系改革，聚焦构建全领域、全流程的基金安全防控体系，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、智能监测为依托，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。

保持监管高压态势。建立健全基金监管体系，持续加强监管人才队伍建设，强化技术手段，完善定点医药机构信用评价指标体系建设。建立定点医药机构、医保医师、参保人员信用管理体系、信用评价制度和积分管理制度。创新定点医药机构综合绩效考核机制，将信用评价结果、综合绩效考核结果与预算管理、检查稽核、协议管理等挂钩。加强和规范守信联合激励和失信联合惩戒制度管理，鼓励行业协会开展行业规范和自律建设，制定自律公约，促进行业规范和自我约束。落实医疗保障“黑名单”、举报奖励等制度，充分发挥基金治理联席会议、政风行风监督员、政协民主监督小组等作用，强化医保基金治理效能。

完善监督检查机制。加强基金监管能力建设，完善日常巡查、专项检查、重点检查、专家审查等多种形式相结合的检查制度。推行“双随机、一公开”监管机制。建立和完善政府购买服务制度，引入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。

健全高效智能监控制度。充分运用智能监测系统，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，实现基金监管向大数据、全方位、全流程智能监控转变。将定点医药机构数据系统纳入监管，实现对就医全过程监管和药品、医用耗材进销存数据实时监控以及医疗保障费用结算智能审核。加强视频监控、生物特征识别等技术应用，对重点人群、关键场所、关键环节实施真实性监控，提高及时性、精准性。不断完善药品、医药服务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，完善智能监测规则。

完善综合监管制度。适应医疗保障管理服务特点，建立健全部门间协同监管、协同执法的综合监管工作机制。建立信息披露制度，推进信息共享和互联互通，综合运用司法、行政、协议等手段打击欺诈骗保行为。

专栏 2 健全综合监管制度工程

1. 完善基金监管制度体系。建立健全部门间协同监管、联合执法的监管工作机制，探索将医保基金监管纳入城乡社区网格化管理。探索引入第三方监管力量，建立健全购买服务制度，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监管。

2. 建立高效智能监测体系。建立以大数据为基础的全方位、全流程、全环节的智能监测系统。

第五节 深入推动医药价格改革

推动药品、医用耗材集中带量采购工作常态化、制度化开展，健全政府组织、联盟采购、平台操作的工作机制，提高价格治理能力，推进医疗服务价格改革，持续完善以市场为主导的医药价格形成机制，引导我县医药产业、医疗机构高质量可持续发展，促进人民群众享有高质量、有效率、能负担的医药服务。

深化药品、医用耗材集中带量采购制度改革。全面落实国家、省级以及省际联盟组织药品和医用耗材集中带量采购政策，建立完善配套措施，探索将药品和医用耗材集中带量采购节省的部分医疗保障资金用于激励医疗机构，调动医疗机构参与改革积极性，促进中选产品优先使用、合理使用。

完善药品、医用耗材价格形成机制。坚持市场机制和政府作用相结合，推广使用全省统一的药械集中采购及医药价格监管平台。推广带量采购、价格联动采购、备案采购等挂网采购方式，推动药械价格回归合理水平。开展治理高值医用耗材，形成医用耗材质量可靠、价格合理、使用规范的治理格局。

推进医疗服务价格改革。建立医疗服务价格动态调整机制，统筹考虑医疗技术进步和群众健康需求增长，科学确立启动条件、调价空间、调整方法，稳妥有序调整医疗服务价格。建立医疗服务价格与医疗保障支付标准协同机制，建立新增医疗服务价格项目分类评审机制，完善“互联网+”医疗服务价格和医疗保障支付政策，逐步统一全县医疗服务价格项目。

建立健全医药价格监管机制。建立药品价格异常变动监测预警、医药价格和招采信用评价制度。综合运用监测预警、函询约谈、提醒告诫、成本调查、信用评价、信息披露等手段，建立健全药品价格常态化监管机制，推动经营者加强价格自律。

专栏3 医药价格改革工程

1. 加强医疗服务价格监测，完善医疗服务价格报送制度。持续完善医疗服务价格监测制度。强化成果应用，将医疗服务价格监测结果用于医疗服务价格动态调整。
2. 探索建立医疗服务价格动态调整模型，探索建立医疗服务价格动态调整服务平台。
3. 推动医疗保障定点公立医疗机构全面开展药械线上采购，医疗保障定点社会办医疗机构和定点零售药店逐步纳入平台管理。

第六节 全面提升公共服务能力

以推进医保治理创新为目标，完善医保经办服务体系建设，深化医保协议管理，推进医保公共服务标准化和便捷化，加快异地就医结算和关系转移接续改革创新，为全县参保群众和单位提供更加便捷、优质、高效、精细的服务。

健全医保经办服务体系建设。加强医保公共管理服务能力配置和经办机构基础设施建设，建立与管理服务绩效挂钩的激励约束机制。将医保经办服务网络向基层延伸，大力推进服务下沉，在乡镇设立医保经办服务窗口，配备医保经办工作人员；探索在

有条件的社区和村设立医保服务站（点）、实施基层医保网格化服务管理，形成县、乡镇（街道）、社区（村）三级医保经办服务体系。推动完善医保经办服务，实现统筹区内医保一站式服务、一窗口办理、一单制结算和统一服务热线。

深化医保协议管理。完善新增定点医药机构纳入协议管理评估细则和定点医药机构绩效考核细则，将符合条件的医药机构纳入医保协议管理范围。进一步强化协议管理和考核结果运用，完善定点医药机构退出机制。

推动医保公共服务便捷化。适应人口流动需要，完善适应新业态、新经济的参保服务。坚持传统服务与智能服务创新并行，提供更加便捷的参保登记、政策宣传等服务，提高智能化和适老化水平，改善群众医疗保障体验。

推进医保公共服务标准化建设。建立体系完善、层次分明、衔接配套、科学适用的医保公共服务标准体系。落实国家医保管理服务窗口标准，推动业务经办管理标准化和业务大厅综合柜员制，建设标准化经办服务大厅（窗口）。深化医保系统作风建设，全面实行“好差评”制度，加快推进服务事项网上办理。

专栏4 优质医疗保障公共服务平台建设工程

1. 经办大厅、窗口标准化。加快推进名称统一、标识统一、服装统一、窗口宣传及文化统一的窗口服务标准化建设。

2. 政务服务事项标准化。全面落实全省统一的医保政务服务清单制度，及时调整优化政务服务清单，统一经办服务事项名称、事项编码、办理材料、办理时限、办理环节、服务标准，落实好差评制度。

3. 公共服务流程标准化。制订基本医保、大病保险、补充医疗保险和医疗救助经办规程，优化医保经办服务流程，推进医保经办服务标准化、均等化、便捷化。

4. 编码标准化。严格贯彻落实国家医保信息业务编码标准化工作，及时接收相关接口标准，根据国家和我省要求，在权限范围内实施动态调整。

5. 建立医保经办服务下沉机制。将门诊慢疾病和“两病”认定及治疗下沉到基层医疗机构；将医保参保、查询、案件受理、门诊报销等基础性服务工作下沉到乡镇（街道）、社区（村），切实解决“服务群众最后一公里”问题。

6. 探索建立医保统筹区（达州市）内及川东北地区医保业务通办机制。按照医保统筹区内、川东北地区及万达开川渝统筹发展示范区医保报销就近原则，实施统筹区内全域医保开放业务通办，川东北地区、万达开川渝统筹发展示范区部分医保业务一网通办、协同互认，提升参保群众满意度和获得感。

第七节 健全多层次医疗保障体系

适应新时代群众不断提升的医疗保障需求，坚持共建共治共享，统筹调动政府、社会、市场各种力量，促进各类补充医疗保

险、商业医疗保险、慈善救助、医疗互助等高质量发展，更好满足人民群众日益增加的多元化医疗保障需求。

完善各类补充医疗保险发展支持政策。支持发展城乡居民大病医疗保险、职工补充医疗保险、公务员医疗补助等各种形式的医疗互助保险，推动补充医疗保险与基本医疗保险、医疗救助制度有效衔接，实现功能互补。用足用好商业健康险个人所得税政策，加快培育发展适应市场需求的商业健康保险。

鼓励商业医疗保险产品创新。用好全国统一的商业医疗保险交易系统，支持商业保险机构开发标准化、普惠型医疗保险产品。鼓励商业保险机构加强产品创新，在我县提供医疗、疾病、康复、照护、生育等多领域综合性医疗保险产品和服务。引导商业保险提高保障水平和服务能力，鼓励将新技术、新药品、新器械纳入商业健康保险保障范围。

推动商业医疗保险健康规范发展。加强市场行为监管，突出医疗保险产品设计、销售、赔付等关键环节监管。厘清政府和商业保险机构职责边界，加强对商业保险机构的指导监督，切实提高服务质量和水平。

规范发展慈善医疗救助、医疗互助。支持慈善医疗救助和医疗互助，统筹协调慈善组织参与医疗救助的积极性，鼓励慈善组织设立大病救助项目，加强对慈善救助、网络救助平台等各类救助行为的监管，建立救助患者医疗费用信息共享机制。探索罕见病用药保障机制，发挥慈善救助作用，精准实施医疗救助，多渠道

道筹集社会资金，不断改善罕见病患者用药保障，减轻用药负担。

第八节 协同推进健康渠县建设

深入推进健康渠县建设，深化医保、医疗、医药联动改革，激发医药服务供给侧活力，有效提高医药产品供应和保障能力，加强“两病”管理和用药保障，积极应对人口老龄化，增强改革的整体性、系统性、协同性，助力提高人民群众健康水平。

推动医保、医疗、医药联动改革。坚持协商共治，完善医保、医疗、医药协作机制，深化药品和医药耗材集中带量采购和使用，理顺高值医用耗材价格体系，纵深推动医疗服务价格、医疗保障支付方式改革，促进分级诊疗制度落地，激发医药服务供给侧活力，增强改革的整体性、系统性、协同性，助力医药资源优化配置。积极制定医疗保障政策，支持大健康产业高质量发展和新技术应用。

深化医疗服务供给侧改革。优化新增医疗服务项目上报流程，加快推动新医疗技术进入临床应用。支持基层医疗保障定点医药机构建设，积极将社会办医疗机构纳入医保定点。优化医疗保障制度设计，吸引优质医疗机构来渠设立分院。

提高医药产品供应和保障能力。增加多元化集中采购参与主体，积极发挥省药械集中采购及医药价格监管平台作用，对采购行为实施物流、资金流、信息流“三流合一”综合管理。加强短缺药品清单和临床必需易短缺药品重点监测清单中药品的监测预警，分类妥善处理短缺药品和临床必需易短缺药品价格异常等情

况。按国家、省、市部署，建立健全药械配送制度，实现药械配送城乡一体化，保障药品供应，逐步建立药品和医药耗材集中带量采购中标企业应急储备、库存和产能报告制度。

加强慢病、重特大疾病及罕见病管理和用药保障。持续推进慢病、重特大疾病及罕见病待遇保障、政策衔接、医疗保障支付、认定及治疗经办服务流程等工作，将慢病的管理下沉到基层医疗机构。探索执行长处方制度，切实解决服务群众“最后一公里”问题。推动更多重特大疾病病种纳入城乡居民医疗救助范围，探索建立城镇职工医疗救助制度，切实解决困难职工因病致贫问题。强化部门间数据共享，将更多罕见病患者纳入医保范围并保障医保用药供应。

积极应对人口老龄化，促进医养结合。推动社区养老、医疗康复与医疗保障制度的协同发展，构建居家社区相协调、医养康养相结合的养老服务体系，健全养老服务综合监管制度。完善综合医院妇产科、儿科医疗保障服务体系，维持适度生育水平，减缓老龄化进程。探索出台家庭医生医疗保障服务包、安宁疗护、家庭病床等诊疗项目管理和相关支付政策，加大医疗保障支付方式改革对医养结合机构的支持力度。

支持中医药加快发展。坚持中西医并重，传承创新发展中医药、民族医药事业。结合我县实际，将符合条件的中医医疗服务项目和中医康复项目纳入基本医疗保险支付范围，探索符合中医药特点的医疗保障支付方式，发布中医优势病种，鼓励实行中西

医同病同效同价。支持商业保险公司推出中医药特色健康保险产品，建立保险公司与中医药机构的信息对接机制。支持保险公司与中医药机构合作开展健康管理服务。加强对纳入基本医疗保险支付范围的中医药服务和费用监管。

稳步建立长期护理保险制度。积极借鉴成都试点经验，探索完善筹资、待遇、服务供给、委托经办机构，规范护理服务标准，提升制度公平性，促进护理服务产业发展，逐步形成适合我县的长期护理保险制度。

持续强化区域协同。坚持“系统规划、阶段实施、先易后难、统筹推进”原则，在异地就医直接结算、支付方式改革协同推进、医保基金协同监管、医药服务供给侧改革逐步趋同、部分医疗保障经办业务通办等方面学习借鉴周边地区的先进经验，加强区域合作，促进区域医疗保障协同发展。

第九节 大力推进智慧医保建设

以建设医保一体化大数据平台为主体，高标准推进医保信息化、标准化建设，发挥信息技术在优化要素配置、提升治理能力中的优势，用数字技术和互联网思维推进智慧医保建设，大幅提升信息化整体水平。

高标准参与全省统一的医保信息系统。贯彻执行国家医保业务标准、编码标准和技术标准，综合运用人工智能、区块链、云计算等技术手段，高标准参与接入全省医保一体化大数据平台。

完善医保信息平台的运维服务管理体系、安全管理体系。

专栏5 医保信息业务资源建设工程

1. 医保历史数据治理工程。
2. 信息业务编码标准通用工程。
3. 医保基层公共服务终端建设工程。为县、乡镇（街道）配置医保自助服务终端。
4. 医保网络信息安全铸盾行动。

全面推广应用医保电子凭证。加快推动医保经办机构和定点医药机构完成系统对接，确保具备医保电子凭证应用条件。丰富医保电子凭证线上线下应用场景和服务功能，在参保登记、就医购药、费用结算、信息查询等公共服务方面发挥更大作用，以安全、便捷、高效、优质的用户体验，不断提升参保群众的满意度和获得感。按照党中央国务院、省委省政府、市委市政府统一部署，加快推进医保电子凭证与电子健康卡融合应用，为患者提供“一码通”服务管理新模式。

加快推动医疗健康数据联动共享。以全省医保一体化大数据平台为基础，全面畅通医保部门与定点医药机构、医药企业的信息系统，实时汇聚医保、医疗、医药全链数据，为“三医”联动改革提供数据支持，助力改革走向深入。加强部门数据协同共享，深度对接四川一体化政务服务平台，推动身份认证等基础支撑功能共享。落实国家统一部署，建立救助患者医疗费用信息共享机制。推动基本医保经办机构、大病保险承办机构、医疗机构间必

要的信息共享，促进“一站式”结算，为群众提供更加方便快捷的服务。

持续强化医保网络信息安全保障。加强网络信息安全基础设施建设，开展医保网络信息安全攻防演练，不断完善网络信息安全管理体制，确保网络平台安全、稳定、高效运行。

提升医疗健康大数据综合治理和开发能力。应用人工智能、区块链、云计算等新技术，加强医保支付数据采集、储存、使用管理，建设医保数智大脑，提升治理水平和资源配置效率。

积极推进“互联网+医保”。借助全省一体化服务平台、医保网上办事大厅、“四川医保”APP等平台，逐步将医保经办服务事项推送至互联网、移动终端办理，实现医保业务网上办、掌上办。积极优化线上就医流程，鼓励依托“互联网+医保”发展诊间结算、床边结算、线上结算。依托医保诚信记录，逐步推广先诊疗后付费，发展医保电子病历，推进医疗电子票据使用。探索慢性病互联网诊治、第三方药品配送上门医保政策，推动“互联网+医疗”服务新模式发展。

第十节 防范和化解系统风险

统筹发展和安全，树立底线思维，加强对基金运营安全、医保内部机构安全和数据安全的管理，为医疗保障高质量发展提供坚实支撑。

维护基金运行安全。健全风险评估预警机制，密切监管基金

运行重点指标,开展实时监测和风险评估,加强中长期精算平衡。强化基金动态管理,合理调控基金结余水平,提高基金使用效率。建立定期通报机制,开展基金绩效考核,强化激励约束。

确保信息数据安全。做好医疗保障数据分级分类管理,依法保护参保人员基本信息和数据安全,有效保护个人隐私。加强对信息安全技术的研究和运用。

加强政策风险评估。坚持科学决策原则,把党的领导贯穿于重大行政决策全过程,严格落实重大决策程序,健全依法决策机制,提高决策质量。重要改革事项和重大政策广泛听取意见,提前做好风险评估,防范和化解系统性风险。

强化经办机构内部控制。加强医疗保障公共服务机构精细化管理,通过制度控制、管理控制、手段控制、社会监督控制等方式,健全组织机构、业务运行、基金财务、信息系统等方面的内控工作机制,打造公开透明、运作规范、管理科学、监控有效、考评严格的内控体系。

第四章 保障措施

第一节 加强组织保障

县级有关部门、各乡镇(街道)要高度重视全民医疗保障规划实施工作,将该项工作纳入保障和改善民生的重点工作任务,确保规划如期完成。

提高政治站位。增强“四个意识”，坚定“四个自信”，做到“两个维护”，始终在思想上、政治上、行动上同以习近平同志为核心的党中央保持高度一致，确保医疗保障工作始终保持正确的政治方向。明确责任单位、时间表和路线图，以重大工程、重大项目、重大政策为抓手，确保各项任务落实到位。

加大科研投入。搭建研究平台，发挥高等院校、科研院所、高端智库、专家学者、企业参与医疗保障政策研究及技术创新的作用，提升决策前瞻性、科学性和医保服务的精准性、可及性。

强化法治保障。严格贯彻国家、省、市医疗保障相关法律法规和政策规定，不断丰富完善我县医疗保障相关政策及配套措施。坚持依法行政，多措并举增强全民医疗保障法治意识，营造良好氛围。

第二节 加强干部队伍建设

坚持党管干部原则。深入贯彻新时代党的组织路线和干部工作方针政策，坚持新时期好干部标准，树立正确用人导向，选拔重用想干事、能干事、干成事的干部，激励干部担当作为。坚守为民服务初心，强化宗旨意识，确保医疗保障系统干部忠诚、干净、担当。

建立高素质专业队伍。坚持事业为上，以事择人，大力选拔年轻化专业干部，搭建多层次、多岗位干部交流锻炼机制，打造适应新时期医疗保障工作的执法队伍、信息化队伍、基金运行管

理队伍、经办服务体系队伍。

加强系统培训。围绕医疗保障中心工作，聚焦政治素养和专业化能力提升，组织开展“岗位大练兵”“业务大比武”等活动。加强与高等院校、商业保险机构合作，采取跟踪调训、网络培训、顶岗锻炼等方式，打造一支政治素质高、执行能力强、工作作风实、专业知识完备的医疗保障干部队伍。

第三节 加强实施监督评估

强化目标考核。积极推动重要指标纳入目标考核，保证规划执行效果。

实施监督评估。建立规划年度实施评估制度，定期组织对规划实施情况的检查督导，加强监测，自觉接受人大监督、审计监督和社会监督，及时发现解决问题。

加大宣传引导。做好医疗保障政策及实施效果信息公开，大力营造改革创新促进高质量发展的良好氛围，为推动规划落地提供良好舆论环境。

信息公开选项：主动公开