

黄石市医疗保障局文件

黄医保发〔2022〕15号

关于印发《黄石市医疗保障事业发展 “十四五”规划》的通知

各县（市、区）医疗保障局，局机关各科室、各直属单位：

《黄石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。

黄石市医疗保障事业发展“十四五”规划

目 录

第一章	规划基础	1
第一节	发展成效	1
第二节	面临机遇	4
第三节	主要挑战	6
第二章	总体要求	8
第一节	指导思想	8
第二节	基本原则	8
一、	坚持覆盖全民，应保尽保	8
二、	坚持保障基本，协调发展	9
三、	坚持稳健持续，防范风险	9
四、	坚持精细管理，优质服务	9
五、	坚持政府主导，社会共治	9
六、	坚持系统集成，协同高效	10
第三节	主要目标	10
一、	参保覆盖不断优化	10
二、	制度供给更加充分	10
三、	医保待遇公平统一	10
四、	医保基金安全持续	11

五、医保服务优质便捷·····	11	-
六、医保治理协同高效·····	11	-
第三章 重点任务 ·····	13	-
第一节 健全多层次医疗保障体系·····	13	-
一、提升基本医保参保质量·····	13	-
二、健全基本医保筹资机制·····	14	-
三、完善医保待遇保障机制·····	15	-
四、支持发展商业健康保险·····	17	-
五、鼓励医疗互助有序发展·····	18	-
六、探索建立长期护理保险·····	18	-
第二节 健全严密有力的监管制度体系·····	18	-
一、加强监管能力建设·····	18	-
二、加强监管机制建设·····	19	-
三、健全智能监控系统·····	19	-
四、建立信用监管制度·····	20	-
五、建立综合监管制度·····	21	-
六、完善社会监督机制·····	21	-
第三节 优化医疗保障协同治理体系·····	22	-
一、严格执行基本医保目录·····	22	-
二、健全总额预算分配机制·····	22	-
三、加快医保支付方式改革·····	22	-
四、深化集中招标采购改革·····	23	-
五、推进医药服务价格改革·····	23	-

六、推动医疗服务质量提升·····	24	-
第四节 筑牢医疗保障服务支撑体系·····	24	-
一、加强经办服务网络建设·····	24	-
二、加强经办人才队伍建设·····	25	-
三、提高医保经办服务水平·····	26	-
四、健全医保协议管理制度·····	26	-
五、加快医保信息化建设·····	27	-
六、加强医保文化建设·····	27	-
第四章 保障措施·····	28	-
第一节 加强党的领导·····	28	-
第二节 强化法治保障·····	28	-
第三节 加大财政投入·····	29	-
第四节 做好监测评估·····	29	-
第五节 加强宣传引导·····	29	-

为深入贯彻党中央关于建立中国特色医疗保障制度的指示精神，全面落实党中央、国务院和省委、省政府及市委、市政府工作要求，推动我市医疗保障事业高质量发展，助力健康黄石建设，促进共同富裕，依据《黄石市国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标纲要》（简称黄石市“十四五”规划），结合国家《“十四五”全民医疗保障规划》《湖北省医疗保障事业“十四五”规划》和黄石市医保事业发展实际，编制本规划。

第一章 规划基础

过去的五年，我市深入贯彻、全面落实党中央国务院、省委省政府和市委市政府关于深化医保制度改革等重大决策部署，坚持以人民健康为中心，把多层次医保体系建设摆在更加突出位置，理顺体制，健全机制，完善政策，优化服务，主动作为，争做示范，锐意改革，推动医保事业向纵深发展。五年来，我市深化医保改革取得明显成效，在新的发展阶段也面临诸多挑战。

第一节 发展成效

——党建工作全面推进。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，学习贯彻党中央国务院关于深化医疗保障制度改革的决策部署和习近平总书记的重要指示批示精神，坚持党建引领，全面加强组织建设，深入开展党风廉政建设，增强医保系统党员

干部廉政意识，认真履行主体责任，落实责任分工，强化制度建设，规范权力运行，有力推动医保党建工作。

——管理体制更加顺畅。2019年3月，整合市人社局、市卫健委、市发改委和市民政局四个部门相关管理职能，组建市医疗保障局，为市政府工作部门，县（市、区）相应成立医疗保障局，全市医保管理体制改革顺利完成。

——制度体系逐步完善。加强顶层设计，完善执行《黄石市职工基本医疗保险实施办法》、《黄石市城乡居民基本医疗保险试行办法》、《黄石市城乡居民大病保险实施方案》、《黄石市职工大额医疗费用补助实施办法》、《黄石市国家公务员医疗补助实施办法》等政策，生育保险和职工基本医保合并实施，建立起基本医保为主体、补充医保、医疗救助等梯度发展的多层次保障体系。

——全民覆盖基本实现。2020年全市基本医疗保险参保人数达到233.4万人，其中，职工医保52.43万人，城乡居民医保180.94万人，参保率稳定在95%以上。参保结构不断优化，“十三五”期间，职工医保参保人数从50.96万增长到52.43万，城乡居民医保参保人数2020年比2018年减少3.23万。医疗救助对象实现动态管理和“应救尽救”。

——待遇水平稳中有增。全市一、二、三级医疗机构住院起付线稳定在200元、500元、800元，住院费用政策范围内报销比例，职工医保稳定在90%、88%、86%，城乡居民医保稳定在90%、75%、60%。2020年政策范围内住院费用实际报销比例，职工医保为75.62%，城乡居民医保为68.65%。城乡居民医保门诊慢性

病从 16 种增加到 35 种，农村贫困人口门诊慢性病增加到 51 种，医保报销标准从 300-400 元/月提高到 600-1000 元/月。

——医保脱贫攻坚任务圆满完成。聚焦“两不愁、三保障”，量力而行、尽力而为，实施县域内就医、政策范围内保障“985”政策。资助建档立卡贫困户参保个人缴费，贫困人口县域内就医政策范围内住院费用报销比例不低于 90%，门诊大病、慢特病统筹基金报销比例不低于 80%，个人年度自负医药费用不高于 5000 元。全市 13.22 万名建档立卡贫困人口 100%纳入基本医保、大病保险和医疗救助“三重保障”范围，贫困人口县域内就诊率达 90%，门诊慢特病费用政策范围内报销比例达 91.59%，住院费用政策范围内补偿比例达 92.94%。

——医保抗疫成效显著。严格落实“两个确保”，细化新冠肺炎患者“五先五后”医保政策，取消“三项限制”，统筹“四重保障”，为疫情防控提供“战时保障”。全市医保部门向新冠肺炎定点医院预付救治资金 3510 余万元，累计结算新冠肺炎患者 2004 人次，发生医疗费用 2767.61 万元，医保支付 2099.92 万元。通过减征缓缴措施纾解企业因疫情产生的困难，对全市 5424 家用人单位职工医保缴费实行阶段性减半征收，累计减轻企业缴费负担 9310 万元。

——医保基金监管工作卓有成效。率先在全省建立医保基金监管专职机构，落实监管队伍编制，牵头全省医保基金片区监管方式创新试点，制定医疗保障局领域违法违规违约清单（三违清单）。构建“行政主导、第三方参与、多种检查方式”协同发力的监管机制。突出重点，聚焦门诊慢特病和离休干部医保基金支

出、骨科高值耗材使用、医药价格执行、定点零售药店等问题开展专项治理。通过追回基金、违约扣减等形式，2020 年扣减医疗机构不合理申报费用约 1.66 亿元。

——医保经办服务水平显著提升。依托湖北政务服务网发布医保服务事项，受理群众办事申请，以医保服务事项整体进驻市民之家为契机，整合业务办理窗口，提高经办服务水平。开展“群众办事百项堵点疏解行动”，解决异地就医报销程序复杂、等待时间长等堵点问题，优化医保关系转移接续流程。推进“减证便民”举措，清理不适应医保事业发展的规范性文件，简化证明材料。

——重点领域改革成效显著。出台《黄石市职工基本医疗保险住院统筹费用按“病种点数”付费管理试行办法》，率先在市本级对职工医保住院统筹费用实施“按病种点数”付费。完善总额预付管理制度，从单个定点医疗机构总额预算向统筹区总额预算转变。出台《黄石市公立医疗机构取消医用耗材加成调整医疗服务价格方案》，全面实行医用耗材零加成政策，有升有降调整我市 2088 项医疗服务价格。深化药品耗材集中采购制度改革，先后贯彻落实三批国家药品集中采购和使用工作，涉及 112 个品种 190 个品规，平均降幅 53%，最高降幅 96%，节省医保基金支出约 5400 万元。

第二节 面临机遇

——党和政府高度重视。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多次作出重要指示批示，2018年5月成立国家医疗保障局，提出“1+4+2”的多层次保障体系建设目标任务。国家《“十四五”全民医疗保障规划》，明确未来五年医保事业发展的重点。《湖北省医疗保障事业发展“十四五”规划》以及黄石市国民经济和社会发展“十四五”规划，勾画出未来五年医保事业发展蓝图，为我市深化医改带来全新机遇。

——武汉城市圈同城化协调发展。黄石是湖北省最早设立的两个省辖市之一，是武汉城市圈副中心城市，长江中游城市群重要成员，华中地区重要的原材料工业基地，全国资源枯竭转型试点城市，国务院批准的沿江开放城市。黄石市国民经济和社会发展“十四五”规划提出，要把黄石建设成为长江中游城市群区域性中心城市，依托长江经济带，立足长江中游城市群，深度融入武汉城市圈。武汉城市圈政务服务实现“跨域通办”、“跨市通办”，为提升我市医保经办服务能力和水平，提供了重要契机。

——经济发展转型顺利。作为拥有3000多年冶炼史、100多年工业发展史的老工业基地，黄石经济发展转型走在全国前列，连续三年被评为全国产业转型升级优秀示范区。高新技术增加值占GDP比重22.56%，居全省第二名，连续10年蝉联省科技创新先进市，获批大冶湖国家级高新区，2020年荣获“中国城市科技创新发展指数”百强城市，2019年、2020年和2021年，连续荣获“中国外贸百强城市”。经济转型顺利为医保事业发展提供坚实的物质基础，系列荣誉将吸引更多优秀企业和人才落户黄石，为医保事业发展增添新的活力。

——医疗资源丰富。2020年黄石常住人口为246.91万人，

GDP 总量全省第九名，医疗资源和中医药资源丰富，医疗集团、民营医院和定点零售药店众多，优质医疗实力高于全省、全国平均水平。黄石拥有医疗卫生机构 1426 家，其中，三级医院 11 家（三级甲等医院 4 家），三级医院数量在全省市州仅次于武汉市，每百万常住人口拥有三级医院 4.45 个，三级甲等医院 1.62 个，明显高于全省（2.2 个和 1.18 个）和全国（1.83 个和 1.03 个）平均水平。每千人床位数 7.19 张，高于全省（7.12 张）和全国（4.67 张）平均水平。

第三节 主要挑战

——巩固参保扩面工作难度加大。黄石属于典型的人口流出型城市，每年外出人口近 30 万人。参保率达到 95.2%，参保扩面空间有限、难度加大。参保结构中，职工医保只占 22.5%，近 80%参保人是居民。城乡居民医保个人缴费标准达到 320 元，筹资标准逐年增加，参保居民缴费压力增大，巩固参保工作难度增加。阳新县城乡居民医保参保人数连续多年出现减少，巩固参保工作更加困难。

——医保基金安全结构性矛盾突出。截至 2020 年底，全市医保基金累积结余 41.61 亿元，其中，职工医保基金 26.01 亿元（含个人账户 18.29 亿元），城乡居民医保基金 15.6 亿元。但是，市本级职工医保统筹基金、大冶市和阳新县城乡居民医保基金近年出现当期收不抵支，市本级、大冶市、阳新县生育保险基金 2017 年开始出现收不抵支，2020 年全市医疗救助基金缺口

2800 万元。过去五年，我市医疗费用年均增长超过 10%，而医保基金收入年均增长只有 7%左右，2020 年黄石职工医保参保人员在职退休比仅为 1.6，明显低于全省 1.93 和全国 2.82，医保基金安全风险加大。

——医保发展不平衡不充分。大冶市是全国百强县，阳新是国家级贫困县，市本级、阳新县、大冶市医保待遇水平不统一。医保统筹层次低，职工医保仍停留在县级统筹，城乡居民医保累积结余基金虽已出台市级统筹方案，但全面做实市级统筹存在困难。多层次医疗保障体系不完善，基本医保“一枝独秀”的局面未根本改变，商业健康保险发展滞后，医疗互助、慈善捐赠发展不充分。

——医保基金监管机制有待完善。医保基金监管涉及多个部门、多个领域、多个环节，不同部门之间职责边界不清，协同监管机制不完善。医保定点医药机构数量庞大，医保行政部门监管力量不足，执法装备不全，医保监管执法的严肃性与“后疫情”时代医药机构发展中的客观现状存在矛盾。医保经办机构和定点医药机构内控机制建设较滞后，内控效果不明显。医保基金监管方式单一，大数据智能监控发挥作用有限。医保信息系统不完善，信用监管尚未建立。社会监督参与不足、作用有限。

——医保信息化建设滞后。医保电子凭证，激活率偏低，部分统筹区医保电子凭证激活率不足 10%，远低于 2021 年底激活率达到 60%的预定目标，大多数统筹区医保电子凭证尚未真正开通使用。医保、民政、人社、教育、公安等部门之间信息共享不足，导致应保未保、重复参保、重复享受医保待遇等问题。经办服务人才信息技术掌握不足、技能培训较为匮乏，制约经办服务

水平提高。

——医保支付方式改革有待深化。以总额预付为主的多元复合支付方式尚不健全，职工医保住院费用实行按 DIP 付费为主，城乡居民医保以按项目付费为主。按病种付费的病种数量较少。不同统筹区之间，医保支付方式差异较大。医保支付方式，难以满足“互联网+医疗”服务发展需要，医保支付机制对医疗费用增长的约束作用较为有限。

第二章 总体要求

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，深入贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中、六中全会精神，坚持以人民健康为中心，立足新发展阶段、坚持新发展理念、构建新发展格局，深入实施健康黄石战略，深化医药卫生体制改革，坚持医疗保障需求侧管理和医药服务供给侧改革并重，推动我市医疗保障高质量发展，加快健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次医疗保障体系，切实提升人民群众的安全感、获得感和幸福感。

第二节 基本原则

一、坚持覆盖全民，应保尽保

坚持基本医保依法覆盖全民，确保基本医保人人享有。加强

信息共享和比对，核实漏保、断保人员，切实做到应保尽保，避免重复参保，不断优化参保结构。

二、坚持保障基本，协调发展

尽力而为，量力而行，实事求是确定保障范围和标准。筑牢底线，强化制度公平，纠正保障不足与保障过度问题。完善“五位一体”协调发展的多层次保障体系，大力发展商业医疗保险，完善补充医疗保险，健全医疗互助，鼓励慈善捐赠行为。

三、坚持稳健持续，防范风险

逐步提高统筹层次，全面做实市级统筹，推动实现省级统筹，增强医保基金共济能力。加强医保基金中长期精算平衡分析，做好风险预警，确保基金安全可持续。

四、坚持精细管理，优质服务

深化医保领域“放管服”改革，推进医保经办服务信息化、标准化、规范化、便捷化。加强医保经办服务能力建设，优化定点医药机构布局，实行定点医药机构动态管理。健全医保信息系统，促进数据互联互通。深化“一网通办、一事联办、一门受理、一次办好、减证便民”改革，为群众提供优质便捷服务。

五、坚持政府主导，社会共治

加快推进医保治理法治化、标准化、规范化、社会化和智能化建设。完善医保政策体系，明确经办服务流程和标准。充分发挥第三方力量在医保政策制定、经办服务、基金监管和绩效评价等方面的决策支持和技术支撑作用，健全共建共治共享的医保治理格局。加强大数据应用，实现医保智能审核和智能监控全覆盖。

六、坚持系统集成，协同高效

坚持“腾空间”、“调结构”、“保衔接”原则，推动“三医联动”改革。全面取消药品、医用耗材加成，同步调整医疗服务价格，充分体现医务人员技术劳务价值。落实国家和省药品耗材带量采购政策，深化医保支付方式改革，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

第三节 主要目标

一、参保覆盖不断优化

基本医保依法覆盖全民，漏保、断保、重复参保问题明显减少。完善新业态等灵活就业人员参保缴费政策，引导灵活就业人员参加职工医保。重点救助对象基本医保参保率达到100%。健全职工医保与城乡居民医保参保转换机制，实现职工医保与城乡居民医保参保无缝对接。

二、制度供给更加充分

以基本医保为主体，医疗救助为托底，补充医保、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助协调发展的多层次保障体系更加健全。

“两病”门诊用药保障机制更加完善，职工医保门诊共济保障制度改革全面推开，普通门诊政策范围内医疗费用报销比例不低于50%。商业保险机构承办居民大病保险业务的参与机制更加完善。鼓励商业保险公司开发健康保险产品。积极应对人口老龄化，探索建立长期护理保险制度。

三、医保待遇公平统一

建立与经济发展水平相适应、与筹资水平相协调的待遇调整

机制，稳步提高医保待遇水平。先居民，后职工，全面做实基本医保市级统筹，消除医保待遇地区差异和城乡差异。完善重点救助对象基本医保、大病保险和医疗救助协调发展机制，促进底线公平。全面落实基本医保待遇清单制度，促进基本医保待遇普惠公平。

四、医保基金安全持续

医保基金监管制度体系和执法体系更加健全，党委领导、政府监管、社会监督、行业自律、个人守信相结合的医保基金监管格局全面建立。日常巡查、专项检查、专家审查相结合的监督检查制度成熟定型。全面实施单位内控、协议管理、信用监管、智能监控等相结合的医保基金监管方式。医保基金风险预警与应对机制不断完善，确保医保基金不发生系统性风险。

五、医保服务优质便捷

运用好全国统一的医保信息平台，医保经办服务网络实现市、县、乡（镇）、村四级全覆盖。定点医药机构分布更加合理，群众就医购药更加便捷。基本医保公共服务线上和线下办理实现100%覆盖，医保服务“掌上办”和“码上办”全面推开。异地就医备案程序更加便捷，跨省异地就医直接结算率达到80%以上。

六、医保治理协同高效

多层次保障体系相互补充，协调发展。重大疫情保障机制全面建立。医疗保障与医药服务协同发展。药品医用耗材带量采购改革持续深化，医保基金战略购买作用不断增强，医药服务价格改革有序推进。医保基金总额预算管理制度更加健全，医保支付方式改革全面覆盖，基金使用效率明显提升，群众医药费用负担进一步减轻。

专栏1 黄石市“十四五”医疗保障发展主要指标与预期目标				
项目	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%以上	96%以上 ^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）	33.6 亿元	收入规模与经济发展水平、筹资标准调整相适应	预期性
	基本医疗保险（含生育保险）基金支出（亿元）	32.2 亿元	支出规模与经济发展水平、群众医疗需求相适应	预期性
	基本医疗保险（含生育保险）基金累计结余	41.6 亿元	保持合理水平	预期性
保障水平	职工医保政策范围内住院费用报销比例（%）	75.6	76.0	约束性
	城乡居民医保政策范围内住院费用报销比例（%）	69.3	70.0	约束性
	重点救助对象政策范围内住院费用救助比例（%）	>70	>70	预期性
精细管理	实行DIP付费和按病种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
	落实国家和省组织药品集中带量采购品种（个）	112	>500 ^②	预期性
	落实国家和省组织高值医用耗材集中带量采购品种（个）	—	>5 ^③	预期性
优质服务	医保经办服务事项线上可办率（%）	—	100%	预期性
	医保经办服务事项窗口可办率（%）	—	100%	约束性
	住院费用跨省直接结算率 ^④ （%）	—	80%	预期性
	医疗保障经办服务满意率（%）	—	95%	预期性

注：①指“十四五”期间基本医疗保险年均参保率保持在96%以上。

②指到2025年落实国家和省药品集中带量采购品种达500个以上。

③指到2025年落实国家和省高值医用耗材集中带量采购品种达到5个以上。

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。

第三章 重点任务

第一节 健全多层次医疗保障体系

一、提升基本医保参保质量

依法依规分类参保。用人单位及其职工依法参加职工医保和生育保险，城乡居民依法参加城乡居民医保。新业态等灵活就业人员可以参加职工医保或城乡居民医保，鼓励其参加职工医保。完善城乡居民医保参保条件和缴费方式，积极推动流动人口常住地、就业地参保，允许持居住证参保。落实困难群众分类参保资助政策。

实施精准参保扩面。建立医保部门与公安、教育、民政、人社、卫健、税务、市场监管、乡村振兴、残联等部门和单位的信息共享机制，加强数据比对，实行参保信息实时查询，防止漏保、错保和重复参保。积极扩大参保覆盖面，重点做好新业态等灵活就业人员参保工作。

专栏 2 全民参保质量提升工程

- (1) 加强数据库建设。坚持职工医保和城乡居民医保分类管理，建立全民参保数据库。
- (2) 信息共享机制建设。医保行政部门依托医疗保障信息系统，加强与公安、人社、税务、民政、卫健、市场监管等部门信息互通，实现用人单位职工人数、死亡人员、新生儿、个体工商户、流动人口、入学人口等信息的实时查询和共享。
- (3) 建立参保信息定期比对机制。医保经办机构，定期开展参保人员信息查询、信息比对，核实漏保、断保、错保等问题，消除重复参保，确保应保尽保。
- (4) 做好重点群体参保工作。关注重点群体参保情况，完善分类资助参保政策，确保重点救助对象 100% 资助参保。。
- (5) 建立健全参保人员参加职工医保和城乡居民医保转保衔接机制，实现职工医保与城乡居民医保有序转保。
- (6) 完善职工医保参保政策，引导个体工商户等灵活就业人员和新业态就业人员参加职工医保。

二、健全基本医保筹资机制

完善多元筹资机制。职工医保和城乡居民医保分类筹资，逐步规范职工医保缴费基数，合理确定缴费比例，均衡用人单位和职工个人筹资责任。建立城乡居民医保财政补助标准与经济增长水平、个人缴费标准与人均可支配收入相协调的动态调整机制，优化城乡居民个人缴费与财政补助结构，按时足额落实财政补助责任。加大财政医疗救助投入，鼓励医药企业、社会组织和个人为医疗救助提供捐赠。

全面做实市级统筹。按照先城乡居民医保，后职工医保的市级统筹思路，坚持覆盖范围、筹资政策、保障待遇、协议管理、经办服务、信息系统“六统一”原则，全面做实市级统筹，积极助力推动省级统筹。完善市级统筹配套政策，夯实分级管理责任，强化就医管理和医疗服务监管。争取政策探索市地级以下医保部门垂直管理，推动医疗救助与基本医保统筹层次相协调，提高医疗救助资金使用效率。

专栏3 全面做实市级统筹工程

- (1) 完善城乡居民医保市级统筹政策，制定基本医保市级统筹方案，明确基本医疗保险市级统筹内容、时间表和路线图等内容。
- (2) 建立健全职工医保和城乡居民医保基金累计结余基金市级统筹过渡方案。
- (3) 制定医疗救助市级统筹办法。统筹建立市级医疗救助专项基金，合理确定不同层级政府医疗救助责任分担比例，促进医疗救助统筹层次与基本医保统筹层次相协调。
- (4) 建立医保基金缺口风险分担机制，增强参保地医保等部门增收节支积极性。

加强基金收支预算管理。坚持“以收定支，收支平衡，略有结余”原则，编制医保基金收支预算。完善总额预算管理办法，推动预算总额由单个医疗机构总额向区域预算总额转变。全面实施预算绩效管理，提高预算绩效管理水平。加强预算执行中期评

估和年终总结，强化绩效监控、评价和结果运用，及时准确编制基金决算。组建医保基金精算团队，加强医保基金中长期平衡精算分析，健全医保基金运行风险预警和应对机制，促进医保基金中长期可持续。

三、完善医保待遇保障机制

落实基本医保待遇清单制度。确定基本保障内涵，厘清基本医保待遇支付边界，确保基本医保保基本。实行职工医保和城乡居民医保分类保障，待遇标准与缴费水平相协调，促进不同制度之间和地区之间的医保待遇公平。

稳步提高医保待遇水平。稳定职工医保住院待遇水平，提高城乡居民医保住院待遇水平，扩大门诊慢性病病种保障范围，稳步提高普通门诊待遇水平，做好门诊与住院待遇、普通门诊与特殊门诊待遇衔接。改革职工医保个人账户，拓宽个人账户使用范围。建立职工医保门诊共济保障机制，逐步将多发病、常见病的普通门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围。完善城乡居民医保门诊统筹政策和“两病”（高血压、糖尿病）、慢特病门诊用药保障机制。

专栏 4 职工医保门诊共济保障工程
<p>(1) 改革职工医保个人账户。按照国家和省统一部署，改进职工医保个人账户计入办法，明确个人账户适用范围和支出边界。</p> <p>(2) 建立职工医保普通门诊共济保障机制。以高血压、糖尿病和特殊疾病保障为基础，逐步将多发病、常见病普通门诊费用纳入统筹基金支付范围。</p> <p>(3) 建立门诊保障医保基金支出风险控制机制。根据门诊医疗服务特点，合理确定起付线和封顶线，普通门诊政策范围内医疗费用报销比例不低于 50%，报销比例适当向退休职工倾斜。</p> <p>(4) 合理确定门诊保障范围。根据基金承受能力，逐步扩大门诊慢特病病种范围，将部分治疗周期长、费用负担重的疾病门诊费用纳入共济保障，对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，参照住院待遇进行管理。</p> <p>(5) 增强定点零售药店保障能力。将符合条件的定点零售药店纳入门诊保障范围，支持外配处方在定点零售药店配药和结算，充分发挥定点零售药店利民、便民、可及的作用。</p> <p>(6) 探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入医保基金支出范围。</p>

完善补充医疗保险制度。完善城乡居民医保大病保障政策，拓宽商业保险公司参与医保经办服务范围。规范职工大额医疗费用补助和公务员医疗补助制度。对符合大病保险保障的个人负担费用进行分段补助，基本医保与补充医保相互衔接。逐步建立政府、用人单位、个人合理分担的大病保险筹资机制，稳步提高各类人群大病保障水平。

建立统一的医疗救助制度。建立救助对象精准识别和退出机制，加强救助对象信息动态管理。实施分类救助，完善农村低收入人口（包括农村特困人员、农村低保对象、返贫致贫人口和纳入相关部门监测范围的脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口和突发严重困难人口等）参保分类资助政策，合理确定救助费用支付范围和标准，适当提高年度医疗救助限额。脱贫攻坚与乡村振兴相衔接，将脱贫攻坚期我市自行开展的医保扶贫资金统一并入医疗救助基金。加强医疗救助重点人群就医监管力度，规范诊疗行为，提升医疗救助基金使用效率，鼓励慈善组织等社会力量参与医疗救助。

专栏 5 重特大疾病医疗救助工程
<p>(1) 建立救助对象精准识别机制。完善救助对象认定办法，推动医保部门与民政部门各类困难群众身份信息共享，加强医疗救助对象动态管理，确保困难群众及时获得救助，避免漏保与错保。建立全市统一规范的医疗救助标准和流程，规范全市医疗救助程序。。</p> <p>(2) 健全贫困群体三重保障衔接机制。坚持“先保险后救助”保障原则，严格执行基本医保支付范围和标准，提高大病保险对贫困对象的保障水平，夯实医疗救助托底保障，合力防范因病致贫返贫风险。</p> <p>(3) 加强医疗救助对象就医行为监管。引导医疗救助对象合理诊疗，促进有序就医，严格控制不合理的医药费用支出。</p> <p>(4) 建立高额医药费用支出预警机制。健全因病致贫和因病返贫双预警机制，结合实际合理确定监测标准。重点监测和救助经基本医保、大病保险等支付后个人年度医药费用负担仍然较重的低保边缘家庭成员和农村易返贫致贫人口。</p> <p>(5) 加强医疗救助与乡村振兴的衔接，鼓励慈善组织等社会力量参与社会救助，探索建立“罕见病”用药保障机制。</p>

巩固提升生育保险待遇水平。做好生育保险与生育政策衔接工作，扩大生育保险覆盖面，落实城乡居民医保参保人员生育医疗费用待遇保障。规范生育医疗费用支付范围和标准，改革生育保险支付方式，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，提高生育保险与职工医保合并实施成效。

健全重大疫情医疗保障机制。建立突发疫情等紧急情况医疗保障机制，完善异地就医结算制度，确保医疗机构不因支付政策影响救治、患者不因医疗费用影响就医。建立重大疫情特殊群体、特定疾病医药费豁免制度，针对性免除医保目录、支付限额、用药量等限制性条款，减轻困难群众救治后顾之忧。创新突发疫情期间医保服务应急供给机制，为患者及时救治提供最大便利。统筹使用医保基金和公共卫生服务资金，提高基层医疗机构报销比例，实现公共卫生服务和医疗服务有效衔接。

四、鼓励发展商业健康保险

鼓励商业保险公司开发与基本医保相衔接的商业补充保险产品，将医疗新技术、新药品、新器械等医保目录外的合理医药服务费用纳入商业健康保险保障范围。探索扩大个人账户基金适用范围，研究允许个人账户基金购买商业健康保险产品。探索推进基本医保与商业健康保险的信息共享，探索建立商业健康保险纳入基本医保“一站式”结算服务。规范商业保险机构承办大病保险业务，建立健全参与基本医保经办的商业保险机构绩效评价机制。配合其他部门加强市场行为监管，促进商业健康保险产品规范发展。

五、鼓励医疗互助有序发展

完善医疗互助制度，加快医疗互助发展。充分发挥医疗互助低成本、低缴费、广覆盖、广受益优势，坚持互助共济和非盈利性原则，优先发展机关事业单位职工医疗互助，鼓励企业建立职工医疗互助。强化医疗互助主管部门监管责任，推动医疗互助有序发展。依托医保信息平台，促进基本医保与医疗互助信息共享、协调发展。

六、探索建立长期护理保险

加强我市人口出生率和老龄化发展趋势预测，根据国家和省统一部署，按规定出台长期护理保险相关政策，积极探索长期护理保险试点。建立多渠道筹资机制和失能等级评估标准，合理确定保障范围、待遇标准和享受长期护理保险待遇的资格条件。做好长期护理保险与基本医保的衔接，把符合条件的医养结合机构纳入医保定点机构范围，因病治疗导致的合规医疗费用和医疗康复项目纳入医保基金支出范围。研究制定家庭病床管理办法和医保支付政策。

第二节 健全严密有力的监管制度体系

一、加强监管能力建设

健全医保基金监管执法体制，建立委托执法和联合执法常态机制。加强医保基金监管能力建设，提高监管的规范性、专业性、精准性和效益性。稳步推进监管专职机构、人才队伍和执法装备标准化建设，定期举行监管人员医保政策和业务培训，提升监管

专业化、规范化水平。制定并出台全市统一的规范性处罚标准。以政府购买服务的方式，积极引入信息技术服务机构、会计师事务所、商业保险公司等第三方力量参与医保基金监管，明确第三方力量参与医保基金监管的职责边界，建立按服务绩效付费机制。

二、加强监管机制建设

建立健全日常巡查、专项检查、重点检查、交叉检查等多种检查制度，规范不同检查方式的检查对象、内容、标准和流程。完善“双随机，一公开”监管机制，加大监管结果公开力度，确保医保基金监管公平、公正、公开。健全医保部门与公安部门行刑衔接机制，依法及时向公安部门移交涉嫌欺诈骗保的违法行为，加大刑事处罚力度。

专栏 6 医保基金监管全覆盖工程

- (1) 现场检查全覆盖。建立健全常态化日常监管工作机制，坚持“双随机，一公开”监管原则，按照国家和全省统一部署，定期开展全覆盖现场检查，对辖区内全部定点医药机构开展检查。
- (2) 飞行检查全覆盖。积极配合国家和省级医保行政部门组织开展的全覆盖飞行检查。
- (3) 社会监督全覆盖。强化社会监督员队伍建设，动员社会力量尤其是医疗机构内部人员参与社会监督。畅通举报奖励渠道，通过电话、网站、微信、信箱、QQ 和电子邮箱等多种方式收集举报奖励信息，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。
- (4) 监管责任全覆盖。加强医保基金监管执法队伍和执法装备建设，加大医保基金监管干部人才培养力度，提高医保基金监管专业化、规范化水平。加强医保部门与卫生健康市场监管、公安、审计等部门以及纪检监察机关的协调配合，建立健全协同执法、一案多处工作机制。

三、健全智能监控系统

按照“事前提醒、事中监管、事后审核”原则，建立健全智能监控系统。适应医保支付方式改革，将 DIP 付费方式、“互联

网+医疗”等医疗服务新模式和长期护理服务纳入智能监控范围，实现智能监控全覆盖。建立医保基金使用异常行为预警系统，强化事中监管。加强对定点医疗机构临床诊疗行为的引导和智能审核，实现医保基金监管从“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 智能监控建设工程
<p>(1) 基础信息库建设。推进医保信息系统市、县（区）、乡（镇）、村（社区）四级联网，完善基础信息标准库和临床指南医学知识库，加快健全智能监控规则库。</p> <p>(2) 异常行为预警系统建设。建设异常诊疗行为预警系统，根据异常诊疗行为、开药行为严重程度设置预警级别，强化事前事中监管。</p> <p>(3) 进销存实时管理。建立药品和医用耗材进销存定期核对制度，实现实时动态管理。</p> <p>(4) 视频监控。推进视频监控全覆盖，推广生物特征识别技术。</p> <p>(5) 大数据筛查。建立定点医药机构诊疗行为和医保基金支出大数据筛查规则，实现医保基金监管从人工抽单向智能监控全覆盖。</p>

四、建立信用监管制度

建立医保信用管理制度，完善信用监管规则 and 标准，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制度，实施分级分类监管。根据信用等级高低，采用预警提醒、及时约谈、限制结算、重点监控和现场检查等方式，对监管对象采取差异化监管。以相关处理结果为依据，按程序将性质恶劣、情节严重、社会危害大的医保失信行为责任主体纳入严重失信人员名录，依法依规开展守信联合激励和失信联合惩戒。建立药品和医用耗材生产流通企业等信用承诺制度，鼓励医疗机构协会等行业自律组织，建立行业自律规范，促进行业自律。

五、建立综合监管制度

建立医保行政部门牵头，卫健、公安、人社、民政等行政部门共同参加的联席会议制度，明确各个部门的职责范围，相互配合、协同查处医保基金重大违法违规行为。完善协同执法、一案多处、行刑衔接等制度，大力推动部门联合执法、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，各相关部门应当按照职责权限对有关单位和个人依法依规依纪严肃处理。

六、完善社会监督机制

建立健全信息公开制度，医保经办机构定期公布定点医药机构名单和医保基金收支结余等情况，定点医药机构定期公布医药服务价格和医药费用结构等信息，医保行政部门定期公开医保基金违法违规违约典型案例，为发挥社会组织和个人以及舆论监督提供便利。优化举报奖励机制，提高奖励标准，对举报人信息严格保密。建立社会监督员制度，鼓励社会力量参与医保基金监管，协同构建基金安全防线，实现政府监管、社会监督和舆论监督良性互动，营造社会监督良好氛围。

专栏 8 信息公开制度建设工程
<p>(1) 建立信息公开制度。明确信息公开的范围、内容、平台、时间以及相关法律责任，确定黄石市医疗保障局官网为信息公开的权威平台。</p> <p>(2) 定点医药机构名单公开。医保经办机构及时在指定平台公开定点医药机构名单，方便参保人员就医就诊机构选择，接受社会监督。</p> <p>(3) 医疗服务价格和医疗费用信息公开。定点医药机构，在指定平台和医疗机构内部醒目位置，及时公开医疗服务价格、医疗费用总额及医疗费用结构等信息，接受社会监督。</p> <p>(4) 监督检查结果公开。医保行政部门及时公开监督检查对象、启动条件、检查程序、监督检查结果，在指定平台及时公开违法违规典型案例及查处结果，接受社会监督并起到警示作用。</p>

第三节 优化医疗保障协同治理体系

一、严格执行基本医保目录

严格执行和全面落实国家和湖北省制定的医保药品、诊疗项目和医用耗材目录。及时落实医疗机构制剂和中药饮片纳入医保目录的调整政策，将符合条件的中药和中医医疗服务项目按规定纳入医保支付范围，抓好国家谈判药品和耗材落地实施，切实减轻患者医药费用负担。加强医保药品目录落地情况监测，重点监测目录内药品在定点医药机构的采购、配送、使用、挂网、医保支付和临床疗效等信息。

二、健全总额预算分配机制

全面落实定点医药机构管理办法，简化优化定点管理流程，扩大定点覆盖面，支持“互联网+医疗”等新模式发展。按照“以收定支、收支平衡、略有结余”原则编制总额预算，统筹考虑住院与门诊、药品（耗材）与医疗服务、异地就医等情况，逐步建立分类预算管理办法。健全医保经办机构与医疗机构之间协商谈判机制，加强预算执行情况考核评价，预算分配与医疗质量、协议履行、集中带量采购完成情况、绩效考核结果相挂钩。

三、加快医保支付方式改革

结合基金总额预算管理制度，全面推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。按照《省医保局 DRG/DIP 支付方式改革三年行动方案》的要求，稳步推进全市 DIP 付费方式改革，将符合条件的门诊特殊病种和日间手术等纳入 DIP 付费范围。制定按床日付费、按人头付费等技术规范。推动门诊支付方式改革，

逐步形成以服务能力、服务项目、服务量为基础的门诊费用支付方式。探索符合中医药特点的医保支付方式，引导具备条件的基层医疗机构提供适宜的中医药服务。探索医疗服务与药品分开支付。

专栏 9 支付方式改革工程
<p>(1) 完善医保基金总额预算管理制度。推动医保基金预算总额与 DIP 付费方式改革相协调，从单个医疗机构预算总额向区域医疗机构预算总额转变。</p> <p>(2) 全面推进 DIP 付费。先职工医保，后城乡居民医保，全面推进 DIP 付费方式改革。</p> <p>(3) 扩大按病种付费。建立全市统一的病种库，不断扩大单病种付费范围，增加单病种数量，加强基础数据测算和质量监控，不断提高付费精准度。</p> <p>(4) 试点按床日付费。制定按床日付费试点办法，把精神疾病、安宁疗护、医疗康复等需要长期住院治疗且日均费用稳定的疾病，推行按床日付费。</p> <p>(5) 推行按人头付费。制定按人头付费标准和范围，以高血压、糖尿病、慢性肾功能衰竭等特殊疾病门诊以及生育保险产前检查为基础，推行按人头付费，逐步扩大按人头付费范围。</p>

四、深化集中采购改革

推动公立医疗机构在全省统一的药品、医用耗材阳光采购平台线上采购、公开交易，鼓励民营医院参与集中带量采购。积极推动医保定点零售药店参与阳光采购，探索连锁药店参加集中招标采购模式。落实国家和省集中带量采购中选结果，确保国家和省集中带量采购改革成果在我市全面落地执行。鼓励定点医药机构优先采购使用中选药品和医用耗材，确保完成约定采购量。完善医保支付标准与集中采购价格协同机制，探索医保基金与医药企业直接结算。

五、推进医药服务价格改革

建立与社会经济发展相适应，政府主导、医疗机构充分参与、医务技术劳务价值充分体现的价格形成机制，完善医药服务价格

调整办法，逐步理顺医药服务比价关系，持续优化医药服务价格结构。建立公立医疗机构药品和医用耗材采购价格信息监测机制、交易价格信息共享机制，推进全市交易价格信息共享，提升医保行政部门对药品和医用耗材价格异常变动行为的监测预警和应对能力。强化药品和医用耗材价格常态化监管，建设医药价格监测工程，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，遏制药品和医用耗材价格虚高，兼顾企业合理利润，促进医药行业健康发展。

六、推动医疗服务质量提升

加强医保支付机制创新，支持整合型医药服务体系建设，引导参保群众到基层首诊。支持定点医疗机构推行日间手术，加强日间手术业务监管。完善检查检验政策，推进医疗机构检查检验结果互认。完善医保支付政策，为远程医疗、互联网医疗、互联网药品配送、上门护理以及人工智能等服务新模式、新业态、新技术提供支持。完善医保支付标准和总额预算管理方法，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；支持中医药传承创新，加强中医特色专科和优势病种建设，强化中医药在疾病预防治疗中的作用，推广中医治未病干预方案。

第四节 筑牢医疗保障服务支撑体系

一、加强经办服务网络建设

落实《湖北省省市县乡村五级依申请及公共服务事项清单

（目录）》和医疗保障政务服务事项，完善全市统一的医保经办服务网络，提供标准化、规范化的经办服务，按照经办服务大厅在县（区）、经办窗口到乡镇（街道）、经办服务入村（社区）的要求，实现市、县（区）、乡镇（街道）、村（社区）经办服务网络全覆盖，重点配置乡镇（街道）、村（社区）级医保经办力量。主动适应武汉城市圈同城化发展趋势，加快推进医保经办服务“跨城通办”，实现经办服务信息化、电子化和掌上办。建立健全综合管理、业务流程、窗口服务、信息化建设和评价监督五大标准体系，推动经办服务标准化。以全面做实市级统筹为契机，厘清市县经办机构事权，坚持统分结合，推动经办服务网络扁平化。完善医保支付政策，支持基层定点机构开展远程诊疗服务。

专栏 10 医保经办服务示范工程

- （1）建立健全覆盖市、县（区）、乡（镇）、村（社区）的医保经办服务网络。
- （2）建立健全综合管理、业务流程、窗口服务、信息化建设和评价监督五大标准体系，制定示范窗口评定标准。
- （3）推动“四个1”工程建设。到2025年，建成1个区县级经办服务窗口示范窗口，101个医疗保障基层服务示范点；1个医疗保障定点医疗机构示范点，推动精细化管理，优化参保人就诊服务；1个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。

二、加强经办人才队伍建设

加强医保经办人才队伍建设，打造与新时代医保经办服务要求相适应的“多面手型”专业队伍，切实做到机构到位、编制到位、人员到位。建立培训常态化工作机制，科学设置培训内容，定期开展医保业务“订单制”培训。积极引入商业保险公司、符合条件的社会组织以及驻村干部等社会力量参与医保经办服务，补齐基层医保经办服务短板。依托乡镇（街道）政务服务中心、村（社区）综合服务中心，加强医保经办力量，大力推进经

办服务下沉。

三、提高医保经办服务水平

全面推进经办服务改革工作。依托湖北政务服务网，推行“综合柜员制”，编制标准化办事指南，优化经办服务流程，提高适老化水平。加快推进全市所有基层定点医疗机构（含诊所）接入医保信息系统工作，实现诊间支付、扫码购药等医保即时支付。推动医保关系转移接续、异地就医备案、门诊费用跨省直接结算等高频事项和新生儿参保经办服务改革，持续提升异地就医经办服务水平。建立健全经办服务“好差评”制度，自觉接受社会监督。设立党员先锋岗，发挥党员干部先锋模范作用，切实提升经办服务水平。

专栏 11 医保经办服务水平提升工程
<p>(1) 加大对医保信息化建设投入，实现以医保电子凭证为载体的医保参保、待遇支付、业务办理、信息查询等“一码通”。</p> <p>(2) 实行经办服务“好差评”制度。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。</p> <p>(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、区块链等新技术应用，鼓励发展诊间结算、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。</p> <p>(4) 提升适老化水平。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。</p> <p>(5) 推行“综合柜员制”，编制标准化办事指南，优化“网上办”“掌上办”事项流程提升异地就医结算服务水平。</p> <p>(6) 增加全市定点医药机构接入国家异地就医结算系统的数量，重点扩大基层医疗机构接入国家异地就医计算系统的范围，探索建立参保人员异地就医全流程业务委托给定点医疗机构承接办理的机制。</p>

四、健全医保协议管理制度

完善医保定点机构管理政策，简化优化定点申请、专业评估、协商谈判程序，规范医保服务协议范本。优化定点机构资源布局、

准入和退出机制，把更多符合条件的基层医药机构纳入医保定点机构范围。建立健全跨区域的就医协议管理机制，完善与之相适应的医保支付政策与监督管理制度。加强定点机构内控制度建设，健全定点机构行为规范、服务质量和费用控制等多维评价机制，把评价结果与预算总额确定、监督检查、考核评估等工作相挂钩。

五、加快医保信息化建设

积极推广医保电子凭证，全面推进医保电子凭证应用，让参保人员享受更加便捷的医保服务。贯彻国家医保信息业务编码，以国家医保信息系统上线为契机，发挥其在医保业务办理标准化、基金监管智能化、公共服务便捷化、决策分析高效化方面的智能支撑作用，创建智慧医保、品质医保、便捷医保。统筹规划和充分整合医保信息系统，完善部门联动和数据共享工作机制，有力有序有效推进医保大数据建设。通过黄石市数据共享平台和医保信息系统平台，强化医保管理、经办服务、药耗招采和价格管理、医疗救助等数据共享应用。加强网络安全管理，规范数据管理和应用权限，依法保护参保人员基本信息和数据安全。

六、加强医保文化建设

坚持党建引领医保文化建设，从共同的医保价值观、医保精神、职业道德、部门形象、文化载体五个方面，加强医保文化建设。树立以人民健康为中心的医保价值观。弘扬“忠诚、团结、敬业、奉献”的医保精神。打造懂医保、爱医保、为医保事业奋斗终生的专业医保干部队伍，加强医保干部队伍医保政策培训和理论学习，建设学习型组织。定期开展形式多样的组织文化活动，培养团队合作精神，提升干部凝聚力、向心力。通过“文明服务

窗口”、“优质服务竞赛”、“优质服务先进个人”及“优质服务标兵”等评比活动，推进医保文化人格化。加强医保宣传，营造为民亲民、风清气正的部门形象。

第四章 保障措施

第一节 加强组织领导

坚持各级党组织在医疗保障事业发展中的领导核心作用，医保系统内各级党组织要增强“四个意识”，坚定“四个自信”，做到“两个维护”，加强对规划实施的组织领导。建立健全多部门协同推进机制，会同有关部门研究解决规划实施中跨层级、跨部门、跨区域、跨行业的重大问题，增强改革的协同性，确保形成改革合力。积极争取中央和省层面的政策支持和工作指导，提高政策改革的前瞻性和引领性。

第二节 强化法治保障

以规划为遵循，统筹安排，扎实做好各级政策制度间的衔接。坚持依法依规、科学决策，提高医保法治化水平。健全行政执法和刑事司法衔接机制，依法全面履行医保监管职能。完善行政执法自由裁量基准，健全行政复议案件处理工作机制。强化普法宣传教育，促进机关干部学法遵法守法用法。把法治政府建设的各项要求贯穿于医保工作的各方面和全过程，逐步提高运用法治思维和法治方式深化改革、化解矛盾、维护稳定和服务发展的能力和水平。

第三节 加大财政投入

建立健全可持续的医疗保障事业投入保障机制，加大对医保重大改革、重点项目和重大活动的财政投入力度。加强财政对医保经办服务体系和经办服务能力建设的资金保障，支持统一的医保信息系统建设。加大财政对医保基金监管队伍和执法装备建设以及引入第三方力量等方面的资金投入，为医保基金监管工作提供必要的资金保障。通过自评、第三方评价等方式，加强财政资金使用绩效评价，确保医保事业财政投入资金使用合理高效。

第四节 做好监测评估

做好规划任务分解，细化工作目标，明确职责分工，以项目为抓手，积极推动重点改革任务有序落实。建立规划监测评估和动态调整机制，积极引入第三方力量，提高监测评估的独立性、科学性和有效性，及时发现规划实施中出现的问题，并及时制定解决方案。将规划重点任务完成情况，纳入政府绩效考核，确保规划实施不打折扣。

第五节 加强宣传引导

坚持正确政治方向，加强规划的解读和宣传，提高群众的知晓度和接受度。重要改革事项广泛争取各方意见，落实重大改革社会稳定风险评估，充分调动各方支持，提高各参与方配合医保改革的积极性和主动性。建立健全医保改革舆情监测和应对机制，

及时回应社会关切，合理引导社会预期，凝聚社会共识。加强医保法制宣传和典型违法违规案例警示教育，提高各方知法、懂法、守法意识，形成全社会依法参保、合理就医、合理使用医保基金的良好氛围。

备注：

[1] “985”政策：贫困人口住院医疗费用个人实际报销比例达到90%不再有目录内和目录外之分，大病、特殊慢性病门诊目录内合规医疗费用个人实际报销比例达到80%，年度个人实际负担医疗费用（含住院及门诊）控制在5000元以内，超过部分由补充医疗保险进行报销。

[2] “两个确保”：是指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。

[3] “五先五后”：是指疑似或确诊患者先住院治疗参保缴费；目录外项目先临床使用后比对入库；外出患病人员先异地住院再本地备案；出院患者先挂账出院后医保结算；专项费用先基金预付再医保清算。

[4] “三项限制”：是指取消医保目录、高值医用耗材限价支付、单病种付费方式“三项限制”。

[5] “四重保障”：是指统筹基本医保倾斜政策、重症患者补充医保、困难对象医疗救助、财政专项补助“四重保障”。

抄送：大冶市、阳新县、各区人民政府，黄石经济技术开发区管委会，市政府各部门。

黄石市医疗保障局办公室

2022年6月24日印发