

四川省“十四五”全民医疗保障规划

目 录

第一章 规划背景	4
第一节 发展基础	4
第二节 机遇挑战	6
第二章 总体思路	8
第一节 指导思想	8
第二节 基本原则	8
第三节 发展目标	9
第四节 二〇三五年远景目标	12
第三章 健全完善运行机制	12
第一节 健全完善待遇保障机制	12
第二节 巩固优化筹资运行机制	14
第三节 持续改进医保支付机制	15
第四节 建立健全基金监管机制	17
第四章 协同推进改革发展	19
第一节 深入推进医药价格改革	19
第二节 全面提升公共服务水平	21
第三节 健全医保信用管理体系	25
第四节 协同推进健康四川建设	25

第五节	持续推进区域协同发展	28
第六节	完善多层次医疗保障体系	30
第七节	大力推进智慧医保建设	31
第八节	防范化解重大风险	33
第五章	保障措施	34
第一节	加强组织保障	34
第二节	做强人才支撑	34
第三节	强化法治保障	35
第四节	实施监督评估	36

为进一步推进我省医疗保障高质量发展,更好保障人民健康,依据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《“十四五”全民医疗保障规划》《四川省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》,制定本规划。

第一章 规划背景

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。“十三五”时期,在省委省政府坚强领导下,四川省医疗保障改革向纵深推进,制度体系不断健全完善,在破解看病难、看病贵问题上取得突破性进展,医疗保障水平持续提升,基金整体运行稳健可持续,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、医疗互助等共同发展的医疗保障制度体系,为提高人民健康水平提供了坚实保障。

第一节 发展基础

“十三五”时期,覆盖全民、统筹城乡、保障适度的基本医疗保险制度逐步完善,多层次医疗保障体系基本建立,医疗保障改革发展取得突破性进展,医保基金使用监管成效显著,医疗保障公共服务能力有效提升,基本医疗有保障问题得到全面解决。

医疗保障制度更加健全。建立统一的城乡居民基本医疗保险

制度,完成生育保险与职工基本医疗保险合并实施,实现基本医疗保险市级统筹。基本医疗保险筹资水平和财政补助标准不断提高,参保率稳步增长,基金支撑能力进一步增强。基本医疗保险待遇保障水平不断提高,大病保险保障能力明显增强,医疗救助兜底保障作用进一步强化,救助范围不断扩大,救助水平不断提高。

医疗保障重大改革取得实效。医保支付方式改革全面推进,总额预算下的按病种付费、按疾病诊断相关分组(DRG)付费、按床日付费等多种付费方式相结合的复合型付费制度已经建立。医保药品目录范围逐步扩大。建立具有四川特色的单行支付药品管理制度。紧密型县域医共体医疗保障管理改革逐步推进。以市场为主导的医药价格形成机制加快建立,药品和医用耗材集中采购改革措施稳步实施,第三批国家集中带量采购工作平稳落地,集中采购制度整体平稳运行。长期护理保险制度试点进一步深化。

基金监管机制进一步健全。医保基金监管制度逐步完善,纵向联动、横向共治、第三方力量参与的基金监管格局已经形成。定点医药机构协议管理不断完善,统一规范的服务协议文本全面推行,全过程监管进一步加强。医保智能审核系统初步建成,智能监管不断强化。医保领域违法违规行为纳入卫生行业不良执业行为记分管理,实现医保与医疗领域违法违规信息、处理结果的互认互通。建立举报奖励制度,欺诈骗保行为举报投诉渠道更加畅通。

公共服务能力全面提升。公共服务体系持续完善,形成省、市、县三级医保经办服务的纵向体系和经办机构、参保单位、定点

医药机构协同配合的横向体系。职工基本医疗保险和生育保险征缴数据省级集中交换平台、医保移动智能服务平台、异地就医结算平台及异地就医智能审核和监管系统投入使用,医保管理信息化水平得到较大提升。异地就医结算服务能力不断增强,实现跨省异地就医住院、省内跨统筹区就医和购药直接结算,成渝地区双城经济圈、西南五省(区、市)门诊费用跨省直接结算。

医保脱贫攻坚成效显著。实现贫困人口应保尽保,医保待遇应享尽享。精准实施基本医保、大病保险、医疗救助三重制度保障,梯次减轻贫困人口就医负担。实现建档立卡贫困人口基本医疗保险覆盖、财政资助参保、人员动态调整三个 100%。建立医疗保障防贫减贫长效机制和救助对象精准识别机制,全面落实资助重点救助对象参保缴费政策,推动医疗保障脱贫攻坚与乡村振兴战略的有机衔接。全面实现贫困人口市(州)范围内住院医疗费用基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一单制”结算,确保贫困人口费用不垫付、报销不跑路。

第二节 机遇与挑战

从机遇看,党中央国务院高度重视医疗保障工作,出台《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》,为高质量推进医疗保障改革发展指明了方向。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良好的社会环境。“十四五”期间,全省经

济实力将大幅提升,治理效能显著增强,成渝地区双城经济圈建设、新时代推进西部大开发形成新格局、乡村振兴等国家战略深入实施,四川发展的战略动能更加强劲,将为医疗保障事业发展提供良好的经济环境;全省民生福祉将明显提升,卫生健康体系更加完善,多层次社会保障体系更加健全,人民群众对美好生活新期待得到更好满足,将为医疗保障事业提供稳定的发展基础;全省医疗保障重大改革进一步深化,制度体系不断完善,保障水平持续提高,基金整体运行稳健可持续,公共服务提质增效,信息化建设高标准推进,将为深化医疗保障制度改革提供坚实的实践基础。

从挑战看,医疗保障发展仍不平衡、不充分,多层次医疗保障体系尚不健全,不同地区不同制度不同群体的缴费负担、保障水平存在差距。医疗救助统筹层次低,保障对象、范围和保障力度有限,托底责任还需进一步强化。人口老龄化形势严峻,参保结构难以有效改善,基金增收空间有限,地区间结构性收支矛盾突出,基金平衡压力增大。医疗保障基金使用主体多、链条长、风险点多,监管难度大,维护基金安全的长效机制需进一步健全。医保信用管理体系仍需完善,信息共享互通、联合惩戒实施等方面尚未形成有效机制。医保、医疗、医药改革协同性需进一步增强。医保信息化建设标准还未统一,信息系统孤岛化、碎片化现象严重。公共服务能力和水平有待提高,经办服务体系需进一步向基层延伸。

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,全面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,坚决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,坚持在统筹推进“五位一体”总体布局和协调推进“四个全面”战略布局中思考和谋划医疗保障发展。坚持新发展理念,坚持以人民为中心,以高质量发展为主题,以推动医疗保障制度更加成熟定型为主线,以解除全省人民的疾病医疗后顾之忧为根本目的,以体制机制创新为动力,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,通过统一制度、完善政策、健全机制、提升服务,增强医疗保障的公平性、协调性,发挥医保基金战略性购买作用,统筹需求侧管理和供给侧结构性改革,推动医疗保障和医药服务高质量协同发展。

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,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,为全省医疗保障事业发展提供坚强政治保证。

坚持以人民为中心。把增进民生福祉、促进人的全面发展作

为出发点和落脚点,更好地满足人民群众对美好生活新期待,助力健康四川建设,为人民群众提供更加公平、更加充分、更高质量的医疗保障。

坚持保基本可持续。坚持尽力而为、量力而行,实事求是确定保障范围和标准,纠正过度保障和保障不足问题。坚持稳健持续、防范风险,科学确定筹资水平。提高基金统筹共济能力,确保制度可持续。

坚持系统集成高效。强化系统思维,增强改革的整体性、系统性、协同性,加强政策集成和大数据运用,发挥医疗保障基金战略性购买作用,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、社会协同动作,倡导群众积极参与,促进多层次医疗保障制度有序衔接。推动医保治理创新,提高治理社会化、法治化、智能化、专业化水平。强化医保、医疗、医药联动改革,让人民群众共享改革发展成果。

第三节 发展目标

——制度体系更加成熟。基本医疗保障制度进一步规范统一,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进一步完善,全民医疗保障制度更加成熟定型;多主体协商机制不断健全,共建共治共享格局基本形成。

——重点改革稳步推进。医保基金的战略性购买作用切实发

挥,医疗资源配置更加优化。医保支付方式改革持续深化,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。

——智慧医保全面应用。医疗保障数字化、信息化、标准化程度显著提升,开放共享应用水平不断提高,全省信息平台建成运行,电子凭证普遍使用,线上办理率明显提高。基本医疗保险关系转移接续、异地就医结算更加便捷。医保智能监控体系更加稳定高效。

——基金运行安全可持续。个人、单位、政府筹资责任更加科学均衡。医疗保障基金运行安全稳健,基金结余控制在合理区间。多层次医疗保障制度衔接有序,群众医疗费用负担进一步减轻。

——公共服务水平持续提升。医保公共服务体系更加健全,传统服务方式和线上服务方式协同发展,服务流程更加标准、便捷。“两定”机构管理规范高效,人民群众满意度持续提升。

主要指标

主要指标	2020年	2025年	考察维度	指标属性
基本医疗保险参保率	95%以上	稳定在95%以上	覆盖范围	约束性
基本医疗保险(含生育保险)基金收入	1356.53亿元	收入规模与经济规模更加适应	基金安全	预期性
基本医疗保险(含生育保险)基金支出	1107.51亿元	支出规模与经济发展水平、群众疾病健康需求相适应	基金安全	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	85%	保持稳定	保障水平	预期性

主要指标	2020 年	2025 年	考察维度	指标属性
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	保障水平	预期性
重点救助对象符合规定的住院医疗费用救助比例	——	70%	保障水平	预期性
住院医疗费用按疾病诊断相关分组或按病种付费等非项目付费占住院医疗费用的比例	——	70%	改革发展	预期性
药品和医用耗材集中带量采购品种	112 个药品品种和 1 类高值医用耗材	国家、省或省际联盟组织集中带量采购,药品品种达到 500 个以上,高值医用耗材达到 5 类以上	改革发展	预期性
公立医疗机构在用药品和医用耗材在药品和医用耗材招采管理子系统线上采购率	——	公立医疗机构在用药品和医用耗材在招采管理子系统开展线上招标、采购、交易、结算,采购药品(不含中药饮片)金额达到全部药品采购金额的 90%,采购高值医用耗材金额达到全部高值医用耗材采购金额的 80%	改革发展	预期性
药品和医用耗材招采管理子系统覆盖面	——	实现公立医院全覆盖,医保定点社会办医疗机构及定点零售药店逐步纳入平台管理	改革发展	预期性
住院医疗费用跨省直接结算率	47.2%	70% 以上	改革发展	预期性
住院医疗费用省内异地直接结算率	56%	70% 以上	改革发展	预期性

主要指标	2020 年	2025 年	考察维度	指标属性
医疗保障政务服务事项线上可办率	50%	80%	公共服务能力建设	预期性
医疗保障政务服务事项窗口可办率	—	100%	公共服务能力建设	约束性

第四节 二〇三五年远景目标

展望二〇三五年,我国将基本实现社会主义现代化,社会事业发展水平显著提升,人民生活更加美好。基本医疗保险制度更加规范统一,多层次医疗保障制度体系更加完善,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。在全面建成中国特色医疗保障制度体系的基础上,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。

第三章 健全完善运行机制

第一节 健全完善待遇保障机制

促进基本医疗保险公平统一,巩固提升基本医疗保险待遇。巩固医疗保障脱贫攻坚成果,实现与乡村振兴有效衔接。完善重大疫情、灾害医疗救治费用保障机制。

健全完善保障政策。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,促进基本医疗保险制度公平。稳定基本医疗保险住院待遇,稳步提高门诊待遇,做好门诊待遇和住

院待遇的统筹衔接,进一步完善城乡居民基本医疗保险门诊统筹。完善职工大额医疗费用补助政策。健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制,实施个人账户改革,改进个人账户计入办法、拓宽使用范围。建立普通门诊统筹制度,同步完善门诊慢特病医疗保障政策。严格落实医疗保障待遇清单制度,厘清待遇支付边界,明确政策调整权限,规范决策制定流程。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水平,逐步缩小地区间待遇保障差异。完善城乡居民大病保险制度,探索建立大病保险可持续筹资机制,强化保障功能,提高保障能力。完善生育保险政策,规范生育保险医疗费用支付管理,推进生育医疗费用支付方式改革,持续做好生育医疗费及生育津贴等待遇保障。

完善医疗救助制度。建立健全救助对象精准识别机制,全面落实资助参保政策,实施分类救助,合理控制救助对象政策范围内自付费用比例。健全重特大疾病医疗保险和救助制度,完善全省医疗救助经办流程。引导社会力量参与医疗救助,筑牢民生托底保障防线。

助力推进乡村振兴。巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果,有效衔接乡村振兴战略。全面落实分类资助参保政策,实现农村低收入人口应保尽保。统筹完善基本医保、大病保险、医疗救助三重制度综合保障政策,调整已脱贫人口医疗救助资助参保及大病保险倾斜支付政策,逐步实现由集中资源支持脱贫攻坚向三重制度常态化保障平稳过渡。健全防范化解因病致贫返贫长效机制,建立

依申请救助机制,坚决防止规模化因病致贫返贫。

完善应急保障机制。健全重大疫情、灾害医疗救治医保支付政策,完善医保基金预付、结算制度,确保紧急情况下医疗机构先救治、后收费,不因费用问题影响患者就医。根据国家部署,落实特殊群体、特定疾病医药费用豁免政策,有针对性免除医保目录、支付限额、用药量等限制性条款,减轻困难群众就医就诊后顾之忧。

第二节 巩固优化筹资运行机制

着眼医疗保障基金中长期平衡和基本医保制度可持续发展,建立健全与省情相适应、与各方承受能力相匹配、与健康需求相协调的筹资运行机制,加强基金运行管理。

持续推进依法参保。按照依法参保、应保尽保的要求,推动各类人群全面参保。完善基本医疗保险参保制度,进一步落实持居住证参保政策,将非本地户籍灵活就业人员纳入参保范围,不断完善新业态从业人员等灵活就业人员参保缴费方式,做好流动人口基本医疗保险关系转移接续,推动省内统筹区之间缴费年限互认。建立全省统一的参保登记平台,加强部门数据共享,形成全民参保数据库,及时掌握参保人员增减变动信息,避免重复参保,实现精准扩面。

完善责任均衡筹资机制。建立与经济社会发展水平和居民人均可支配收入相适应、稳定可持续的筹资机制。执行基准费率制

度,均衡个人、单位和政府三方筹资责任,合理确定费率并动态调整。逐步将城乡居民基本医疗保险的财政补助标准与个人缴费标准调整到合理比例。研究制定应对人口老龄化医疗负担的多渠道筹资政策。拓宽医疗救助筹资渠道,加大财政对医疗救助的投入力度,鼓励社会捐赠。

全面实施预算绩效管理。科学编制医保基金收支预算,逐步将人口结构、发病率、医疗费用变化趋势等纳入预算编制因素,实施全省统一的预算编制口径和办法。强化基金预算执行,完善预算执行分析报告制度,增强预算约束力,实现医保基金运行平稳可持续。全面实施预算绩效管理,开展事前评估、事中监控、事后评价全过程管理。

逐步提高统筹层次。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。按照分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核的思路,加快推进省级统一预算、省市两级调剂、省市县三级责任共担和分级经办管理的基本医疗保险调剂金模式省级统筹。支持有条件的市(州)探索推进医疗保障部门垂直管理。加强医疗救助基金管理,推动实现医疗救助市级统筹,促进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调。

第三节 持续改进医保支付机制

按照“保基本”原则,聚焦临床需要、合理诊治、适宜技术,支

持中医药传承创新,完善医保目录动态调整机制,深入推进医保支付方式改革,基本形成管用高效的多元复合医保支付机制。

完善医保目录动态调整机制。立足基金承受能力、群众基本医疗需求和临床技术进步需要,动态调整优化医保目录,将临床价值高且经济性评价好的药品、医用耗材、医疗服务项目纳入医保支付范围。严格按照药品目录管理职责和权限,2022年底前将自行增补品种消化完毕,全面执行国家医保药品目录。全面贯彻落实国家基本医疗保险用药管理规定,统一全省基本医疗保险药品数据库。强化医保药品分类管理,完善药品单行支付政策,健全医院和药店“双通道”供药机制。实施适合四川省情的民族药、医疗机构制剂、中药饮片医保支付管理办法,按规定将符合条件的民族药、医疗机构制剂、中药饮片纳入我省基本医疗保险支付范围,支持中医药传承创新发展。完善基本医疗保险医疗服务项目管理,逐步统一全省医疗服务项目目录,2025年前建立全省统一的医保医疗服务项目数据库。及时将符合条件的“互联网+医疗服务项目”和中医医疗服务项目按规定纳入医保支付范围。按照国家部署,建立医保医用耗材准入制度,制定医保医用耗材目录,促进医用耗材合理使用。支持国家医学中心和区域医疗中心建设。

完善多元复合医保支付方式。完善医保基金总额预算管理办法,推动实施区域性医保基金总额控制,逐步实现以按病种付费为主的多元复合医保支付方式。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)付费改革,并对中医

药医疗机构的调整系数进行倾斜支持。推进实行医疗康复、安宁疗护、慢性精神疾病等长期住院及医养结合住院、家庭病床等按床日付费。逐步完善家庭医生医保签约服务包政策,实行按人头付费。完善符合中医药服务特点的支付政策,发布中医优势病种目录,推行按中医疗效价值付费、中西医同病同效同价。推进紧密型县域医共体医保管理改革,健全考核管理和激励机制,对符合条件的医共体实行“一个总额付费、结余留用、超支不补”的医保管理。完善差别化医保支付政策,引导患者有序就医,推动形成科学合理的分级诊疗体系。推进门诊医保支付方式改革,完善门诊医疗服务医保支付方式,建立健全与门诊共济保障相适应的付费机制。

专栏1 DRG 付费方式改革评估工程

1. 2021 年出台推广按疾病诊断相关分组(DRG)结合点数法付费的实施意见。
2. 2023 年建成按疾病诊断相关分组(DRG)付费管理平台。
3. 对 DRG 付费改革市(州)的 DRG 分组、权重分值、结算办法、配套政策等技术性指标及参数的科学性、符合性、标准性、适用性进行评估。
4. 2025 年前全面开展 DRG 付费绩效评估工作。

第四节 建立健全基金监管机制

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机制,基本建成医疗保障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。

完善监督检查制度。加强基金监督检查能力建设,强化力量

配备和技术手段运用,加快医疗保障基金监管执法人才培养。坚持依法监管,完善日常巡查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查等相结合的多形式检查制度。健全“双随机、一公开”检查机制。建立和完善政府购买服务制度,引入第三方力量参与监管,提升监管的专业性、精准性、效益性。

健全高效智能监控制度。以大数据为基础,建立全省统一的智能监管子系统。对定点医药机构实行全方位、全流程、全环节智能监控,实现就医过程中的事前提醒、事中预警、事后分析和药品、医用耗材进销存数据实时监管。推广视频监控、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。将异地就医、购药直接结算纳入智能监控范围。不断完善药品、医疗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,进一步优化智能监控规则。

完善综合监管制度。健全打击欺诈骗取医疗保障基金联席会议制度,建立完善部门间协同监管、协同执法的综合监管工作机制,将医保基金监管纳入城乡社区网格化管理,形成监管合力。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违法违规行为,完善行刑衔接工作机制。健全医保基金社会监督员制度,完善欺诈骗保行为举报奖励制度,促进社会各界积极参与监督。建立信息披露制度,加强重大案件曝光力度。

第四章 协同推进改革发展

第一节 深入推进医药价格改革

健全政府组织、联盟采购、平台操作的工作机制,推动药品和医用耗材集中带量采购工作常态化制度化。推进医疗服务价格改革,加快建立科学确定、动态调整的医疗服务价格形成机制。

深化药品和医用耗材集中带量采购制度改革。持续推动国家组织药品和医用耗材集中带量采购中选结果落地实施,平稳推进国家组织集中带量采购药品和医用耗材续标工作。完善省际联盟采购机制,常态化实施省际联盟及省级药品和医用耗材集中带量采购。至“十四五”末,集中带量采购药品品种达到500个以上,高值医用耗材达到5类以上。完善药品和医用耗材集中采购配套政策,按规定将药品和医用耗材集中带量采购节约的部分医保资金用于激励医疗机构,调动医疗机构参与改革积极性。落实药品和医用耗材货款结算及医保基金按规定预付带量采购货款政策,推进并规范医保基金与医药企业直接结算,提升医药企业回款效率。

完善药品和医用耗材价格治理机制。依托全国统一的医保信息平台,加快建设使用招标、采购、交易、结算、监督一体化的药品和医用耗材招采管理子系统,推动全省医药机构按规定开展药品和医用耗材集中采购,对货款资金流、订单信息流、货物物流实行“三流合一”综合管理。推行带量采购、价格联动采购、备案采购三种采购模式,优化供应和配送管理。持续完善医保支付标准与

集中采购价格协同机制,以医保支付标准为杠杆引导药品和医用耗材价格回归合理水平。实施全省治理高值医用耗材改革,完善高值医用耗材治理格局,实现耗材质量可靠、流通快捷、价格合理、使用规范。

推进医疗服务价格改革。积极开展深化医疗服务价格改革国家试点工作,探索建立符合改革要求的医疗服务价格新机制,形成可复制可推广的改革经验,统筹兼顾医疗事业发展需要和各方承受能力,调控医疗服务价格总体水平。简化新增医疗服务价格项目申报流程,常态化开展立项评审及价格制定工作,促进医疗技术创新发展和临床应用。探索建立灵敏有度的医疗服务价格动态调整机制,科学确立启动条件、调价空间、调整方法,每年进行调价评估,稳妥有序调整医疗服务价格。强化大数据信息支撑作用,加强公立医疗机构价格监测评估考核,确保价格机制稳定运行。完善“互联网+”医疗服务价格政策。规范医疗服务价格项目管理,逐步统一规范全省医疗服务价格项目,消除地区间差异。

建立健全医药价格监管机制。完善医疗服务价格指数上报制度,定期监测公立医疗机构医疗服务运行情况。建立药品价格异常变动监测预警机制,完善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,促进医药机构和企业加强价格自律。

专栏2 医药价格改革工程

1. 持续完善医疗服务价格监测报送制度,将医疗服务价格监测结果运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。2021年修订完善医疗服务价格动态调整理论模型;2023年前完成医疗服务价格动态调整系统开发;2025年前统一运行医疗服务价格动态调整系统。

3. 全面推广使用药品和医用耗材招采管理子系统。落实医药价格和招采信用评价制度及集中带量采购医保资金结余留用政策,推动全省公立医疗机构全面开展药品和医用耗材线上采购,将医保定点社会办医疗机构和定点零售药店逐步纳入药品和医用耗材招采管理子系统进行管理。

第二节 全面提升公共服务水平

以推进医疗保障治理创新为目标,完善医保经办管理服务体系,深化医保协议管理,提高医保公共服务标准化和便捷化水平,加快推进异地就医结算和基本医疗保险关系转移接续改革创新。

健全完善经办管理服务体系。加强全省医保经办管理服务体系建设,形成省、市、县、乡镇(街道)、村(社区)五级医保经办管理服务体系。在乡镇(街道)便民服务中心设立医保服务窗口,配备专(兼)职医保工作人员,实现群众办事“只进一扇门”。实施基层医保网格化服务管理。在经办力量配置不足地区,可通过政府购买服务等方式,补齐基层医疗保障公共管理服务能力短板。探索建立与管理服务绩效挂钩的激励约束机制。加强经办机构基础设施和内控制度建设。

专栏3 医疗保障服务标准化建设工程

1. 建设30个县(市、区)级及以上医保经办服务标杆窗口,重点向县(市、区)倾斜。
2. 建设200个医疗保障服务标杆点,面向乡镇(街道)和村(社区)两级,结合人口分布、人员流动、经济发展水平,分区域因地制宜制定评定标准,推动医保经办服务下沉。
3. 建设200个医疗保障定点医疗机构标杆点,推动精细化管理,提升参保人就诊体验。
4. 建设50个智慧医保管理服务标杆点,提升经办管理服务数字化、智能化水平。

深化医保协议管理。统一全省定点医药机构管理办法,简化优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序,完善定点医药机构医疗保障服务协议文本。结合人口老龄化、群众多元化医疗需求,合理确定统筹区定点医疗服务资源配置,支持“互联网+医药服务”等新业态发展。制定新增定点医药机构纳入协议管理评估细则和定点医疗机构绩效考核细则,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。建立健全跨区域就医协议管理机制。

构建共建共治共享新格局。探索建立医保经办机构法人治理体系,积极引入社会力量参与经办服务,加强定点医疗机构医保职能部门建设,着力构建政府、社会、市场相互促进的共建共治共享新格局。通过协商、合作、互动的方式,实现资源整合、秩序构建和治理效能提升。

推动医保公共服务便捷化。加强医保经办能力建设,大力推进服务下沉,提供更加便捷的参保登记、待遇支付等服务,依法保

障参保人待遇。根据人口流动需要,完善适应新业态新经济的参保服务。优化异地就医结算管理,推进区域经办服务一体化,积极推动部分医保经办服务事项实现“省内通办”“川渝通办”和“跨省通办”。大力推进医保服务事项网上办理,推广使用国家医保服务平台 APP,实现其与省一体化政务服务平台对接。坚持传统服务方式与智能服务创新并行,加快推动智能化切实提高适老化水平,推动医保直接结算网络向乡村延伸,改善医疗保障公共服务体验。按照“双号并行”的要求,做好医保服务热线与“12345”政务服务便民热线有序对接。

专栏4 医疗保障公共服务平台建设项目

1. 医保经办体系建设项目。加强省、市、县、乡镇(街道)经办大厅(窗口)建设,村(社区)设立医保服务站(点)。
2. 适老服务水平提升项目。畅通为老年人代办的线下渠道,开辟特殊群体绿色通道;优化网上办事流程,不断提升智能化服务水平,提供更多智能化适老服务。
3. “村医通”建设项目。分批逐步实现有条件的村卫生室与医保经办机构联网直接结算。
4. “医银一体化服务网点”建设项目。依托银行网点将医保公共服务延伸至基层。
5. 全省医保信息平台公共服务子系统建设项目。推动医保公共服务子系统落地应用。
6. 基础设施建设项目。有条件的市(州)围绕业务能力培训、监管能力提升等开展基础设施项目建设。

推进医保公共服务标准化建设。落实国家医保经办大厅设置与服务规范,推行综合柜员制。推动建立医疗保障公共服务标准化工作体系,规范公共服务事项内容和流程。深化医疗保障系统行风建设,落实“好差评”制度。

专栏5 医疗保障公共服务标准化工程

1. 经办大厅(窗口)标准化。2025年实现县(市、区)级及以上医保经办大厅(窗口)标准化全覆盖。
2. 政务服务事项标准化。全面落实全省统一的医保经办政务服务事项清单,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,实行同一事项无差别受理、同标准办理。
3. 经办服务流程标准化。统一全省医保经办服务流程,提供标准化、规范化医保经办服务。

深入推进异地就医结算。推动异地就医服务标准化、规范化、精细化建设,实现异地就医备案方便快捷、方式多元。强化异地就医费用监管,将异地就医联网结算纳入就医地定点医药机构协议管理。增加异地就医直接结算定点医药机构数量,提高直接结算率。

专栏6 异地就医直接结算推进工程

1. 全面推进门诊费用跨省直接结算。2021年,所有统筹区作为参保地和就医地均双向开通普通门诊费用跨省直接结算,全省80%以上的县(市、区)至少有1家定点医疗机构能提供普通门诊费用跨省直接结算服务;60%以上的统筹区开通门诊慢特病费用跨省直接结算。2022年,所有县(市、区)至少有1家定点医疗机构能提供包括门诊费用在内的医疗费用跨省直接结算服务,全部统筹区开通门诊慢特病费用跨省直接结算。持续扩大门诊慢特病费用跨省直接结算病种范围,增加异地就医直接结算联网定点医药机构数量。
2. 提升异地就医备案服务水平。推行“承诺制”“容缺后补制”,推进异地就医备案“零跑腿”“不见面”等线上服务。各统筹区至少开通1种网络备案渠道,为参保人员提供线上跨省异地就医备案服务。异地就医备案实行省内跨统筹区通办。
3. 优化异地就医结算管理服务。扩大异地就医直接结算覆盖范围,提高直接结算率。探索异地就医医疗费用零星报销线上办理的实现路径。为参保人员提供住院、普通门诊,以及门诊慢特病费用线上线下一体化的异地就医结算服务。

第三节 健全医保信用管理体系

建立健全基金监管信用管理、医药价格和招采信用管理等制度,全面推动医疗保障领域信用管理,建立行之有效的守信激励和失信惩戒机制。

建立基金监管信用管理制度。建立医药机构及其相关工作人员、参保人员、参保单位的信用记录、信用评价和积分管理制度。创新定点医药机构综合绩效评价机制,将信用评价结果、综合考评结果与医保支付总额预算管理、检查稽核、定点协议管理等相关联。

建立医药价格和招采信用管理制度。依托药品和医用耗材招采管理子系统,健全医药价格和招采信用评价制度,完善信用评级、分级处置、信用修复等机制,探索实施量化评分,提升标准化规范化水平,建立权责对等、协调联动的医药价格和招采信用管理机制。

全面推动医疗保障领域信用管理。加强和规范医疗保障守信联合激励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。推动相关行业协会制定并落实自律公约,促进行业规范信用管理、强化自我约束。

第四节 协同推进健康四川建设

深入实施健康四川行动,强化系统治理,增强医保、医疗、医药

联动改革的整体性、系统性、协同性,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,加强高血压、糖尿病(以下简称“两病”)管理和用药保障,积极应对人口老龄化,助力提高全省人民群众健康水平。

大力促进中医(民族医)发展。结合中医(民族医)诊疗特点,对中医(民族医)医疗服务项目单独开展立项评审,推动中医(民族医)医疗新技术进入临床应用。充分考虑中医(民族医)医疗服务特点,定期开展调价评估,重点将功能疗效明显、患者广泛接受、特色优势突出、体现劳务价值、应用历史悠久的中医(民族医)医疗服务项目纳入调价范围。坚持中西医并重,传承创新发展中医(民族医)医药事业,根据实际需要制定民族药、医疗机构制剂、中药饮片医保支付管理办法,按规定将更多符合条件的民族药、医疗机构制剂、中药饮片纳入医保支付范围,并建立完善动态调整机制。大力支持中医(民族医)医药发展,将符合条件的中医(民族医)医药机构纳入医保定点管理。

助力四川医药产业发展。发挥药品和医用耗材集中带量采购在深化医药服务供给侧结构性改革中的推动作用,推进医保、医疗、医药联动改革系统集成,强化协同,形成健康的产业发展政策导向。通过药品和医用耗材集中带量采购,引导医药企业优化产品结构,抢占发展先机。优化药品和医用耗材招采管理子系统挂网流程,建立常态化便捷化的药品和医用耗材挂网机制,对符合条件的创新药品和医用耗材实行随时申报、及时挂网,推动尽快进入

临床使用。探索多渠道支持医药企业健康发展机制,协同推进聚集型优势医药产业园区和基地建设。

加强“两病”管理和用药保障。加强部门协作,不断完善政策,积极发挥基层医疗机构、家庭医生作用,持续推进“两病”门诊用药待遇保障、政策衔接、医保支付等工作。强化医疗保障、卫生健康部门数据共享,直接标识“两病”患者。推进“一单制”结算,落实“长期处方”制度。

促进医养结合应对人口老龄化。促进养老服务、医疗康复与医疗保障的协同发展,完善适应人口老龄化的基本医保待遇调整机制,不断增强社会养老服务能力。将符合条件的养老服务机构内设医疗机构纳入医保定点管理,出台家庭医生医保服务包、安宁疗护、家庭病床等医疗服务项目管理办法和相关医保支付政策,加快将符合条件的康复护理项目纳入医保支付范围。

探索建立长期护理保险制度。坚持以人为本、独立运行、保障基本、责任共担、机制创新、统筹协调的原则,按照国家统一部署,稳步扩大长期护理保险制度试点的覆盖范围,进一步完善筹资、待遇、服务管理、委托经办机构,着力提升制度公平性,规范护理服务标准,促进护理服务产业发展,逐步建立符合省情的长期护理保险制度。

专栏7 长期护理保险失能等级评定项目

1. 按照国家规定,在优化完善成都失能等级评定标准基础上,形成全省统一的失能等级评定标准。
2. 建立全省统一的失能等级评估人员库,统一管理,开展评估人员培训、考核。
3. 建立全省统一的长期护理保险失能人员服务项目、内容、标准及评价体系。
4. 初步建立全省统一的长期护理保险“一平台、一中心、多应用”的信息系统。实现失能等级评定和服务项目标准全省统一、评估人员及失能人员数据省级集中。实现申请受理、失能等级评定、待遇支付、服务监管、统计分析等多功能应用。
5. 探索构建全省统一的筹资政策、待遇标准、服务供给、服务监管、服务评价及经办管理规程等制度体系。

第五节 持续推进区域协同发展

推动医疗保障发展融入国家重大战略和四川区域发展格局,进一步优化医疗保障资源配置,推动跨区域共建共享,促进地区间医疗保障待遇趋同、监管联动、服务统一,推动区域空间布局整体优化、功能体系整体完善、发展能级整体提升。

加快推进成渝地区双城经济圈医保协同发展。牢固树立“一盘棋”思想,坚持“一体化”发展理念,探索共建共享的公共资源配置机制,深化成渝地区双城经济圈医疗保障战略合作。建立健全成渝地区双城经济圈异地就医协议管理协同机制,扩大门诊直接结算范围,推动异地就医直接结算。协同推进医疗服务价格管理、基金监管、医保支付方式改革。推进成都和重庆两地职工基本医疗保险缴费年限互认,促进两地人才、人口自由流动。推动成渝地区双城经济圈医保公共服务一体化,实现高频医保服务事项通办。支持省内市(州)与重庆相关区(县)深入合作,形成医疗保障跨区

域协同发展新思路、新格局。加强两地医保信息平台互联共享,探索建设双城异地互为灾备体系。

专栏8 成渝地区双城经济圈医保协同发展项目

1. 开展省际联盟药品和医用耗材集中带量采购。持续推进川渝药品和医用耗材集中带量采购,有序扩大采购范围,完善以市场为主导的医药价格形成机制。
2. 药品和医用耗材挂网信息共享。通过药品和医用耗材招采管理子系统,实现相关短缺药品目录、医药价格和招标采购监测信息共享。
3. 推动医疗服务价格协同。逐步推动医疗服务项目、医疗服务设施收费价格政策互通,逐步实现价格管理政策趋同。
4. 完善医保基金监管合作机制。完善两地基金监管联席会议制度,建立执法骨干和临床医学专家库,强化川渝联合检查、交叉检查、跨省异地就医人员医保费用协查机制。
5. 医保政务服务事项“川渝通办”。明确“川渝通办”医保政务服务事项,统一办理流程 and 办事指南,通过全程网办、异地代收代办等形式推行高频政务服务事项跨区域通办,实现同一业务在川渝地区无差别受理、同标准办理。
6. 推进成渝地区双城经济圈跨省异地就医直接结算。着眼群众“急难愁盼”,持续增加异地就医直接结算定点医药机构数量,扩大两地异地就医直接结算服务范围。

深化医保区域合作融入新时代西部大开发新格局。深化西南五省(区、市)医疗保障战略合作,探索推动西南片区医疗保障协同发展。积极加强西部地区间沟通交流,深化合作,在政策制定、医保公共服务标准化建设等方面持续深化区域协同,推进医保治理体系和治理能力现代化,推动西部地区医疗保障高质量发展。

推进五大片区医疗保障协同发展。深化拓展“一千多支、五区协同”战略部署,落实五大片区医保协同发展五年框架协议,构建制度统一、政策趋同、机制健全、服务均等的区域医疗保障体系。

加快推动成德眉资医保同城化,全面取消异地就医事前备案手续,实现四市医保经办业务无差别受理、基金监管同城化及医保协议文本、管理模式、操作方法、处理标准、发展方向等一致化。

加速革命老区、民族地区医疗保障发展。建立科学有效激励机制,引导医疗公共资源在革命老区、民族地区优化配置,加强革命老区、民族地区医疗保障干部队伍建设,加快提升革命老区、民族地区医疗保障公共服务能力。按照国家部署,积极推动“十四五”国家支持甘孜州、阿坝州、凉山州木里县医疗保障重大建设项目实施。

第六节 完善多层次医疗保障体系

坚持共建共治共享,在不断完善基本医疗保险制度的基础上,促进包括各类补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助在内的多层次医疗保障体系发展,更好满足人民群众日益增长的多元化医疗保障需求。

完善规范补充医疗保险制度。完善规范城乡居民大病保险、职工大额医疗费用补助等补充医疗保险,推动补充医疗保险与基本医疗保险、医疗救助实现有效衔接和功能互补,提高保障能力和精准度。

鼓励发展多形式的商业健康保险。促进商业健康保险规范发展,鼓励商业保险机构加强产品创新,开发面向全体基本医保参保人员、与基本医保政策紧密衔接并具有普惠性、互补性、可持续的

商业健康保险产品,满足群众多元化保障需求。突出对健康保险产品的设计、销售、赔付等关键环节的监管,提高健康保障服务能力。用足用好商业保险个人所得税政策,加快培育发展适合市场需求的商业健康保险。研究制定推动普惠型商业健康保险规范发展的指导意见。

鼓励发展慈善捐赠、医疗互助。支持慈善医疗救助,调动社会各界参与医疗救助积极性,多渠道筹集社会资金。更好发挥职工医疗互助低成本、低缴费、广覆盖、广受益的优势,支持工会组织发展职工医疗互助保障,坚持职工医疗互助的互济性和非营利性,推动科学设计、规范营运,更好减轻职工医疗费用负担。

第七节 大力推进智慧医保建设

以全省医保信息平台为主体,推进全省医保信息化标准化建设,发挥信息技术在加强要素保障、优化资源配置和实现精准治理中的基础优势,大力推进智慧医保建设。

全面建成统一的医保信息系统。推广应用国家医疗保障业务标准、编码标准和技术标准,建设融合经办管理、公共服务、智能监管、大数据运用为一体的全省医保信息平台,实现全省医保业务全面支撑、业务系统全部集成、全域数据有序共享。用好全省电子政务外网医保骨干网络,建好全省医保备用链路。持续优化医保信息平台,不断丰富平台功能。建立完善全省医保信息平台运维服务和安全管理体系。

全面推广应用医保电子凭证。医保经办机构和定点医药机构全面完成系统对接,具备医保电子凭证应用条件。发挥医保电子凭证在参保登记、就医购药、费用结算、信息查询、经办管理等公共服务方面的优势,持续丰富线上线下应用场景和服务功能,形成以医保电子凭证为载体的医保“一码通”服务管理新模式。

加强医疗保障数据联动共享。坚持系统先行、数据破局,以全省医保信息平台为基础,推动医疗保障部门与定点医药机构、医药企业间信息互通,实时汇聚医保、医疗、医药数据。积极推进“互联网+医保”,推行医保电子病历,推进医疗电子票据使用,支持医保处方流转。加强部门数据协同共享,对接省一体化政务服务平台,推动身份认证等基础支撑功能、办件结果共享,为参保人员提供更加便捷的公共服务。加强医疗保障部门与卫生健康部门合作,共同加快推广泸州基层医疗卫生机构管理信息系统建设模式,探索医保电子凭证与电子健康卡卡码互用,推动医疗保障部门与卫生健康部门的信息业务编码标准互认共享。依法依规推动医保经办机构、商业保险机构、医疗机构间必要信息共享。

提升医保健康大数据治理开发能力。应用人工智能、区块链、云计算等技术手段,加强医保支付数据的采集、储存、使用管理,建设医疗保障数智大脑,提升治理水平,提高资源配置效率。强化医疗保障、卫生健康、市场监管和大数据管理等部门协同,吸引社会力量,探索开展全省医保健康大数据创新应用,在推动引领医药健康产业融合发展方面取得实质性成果。

专栏9 智慧医保建设项目

1. 全省医保信息平台。2021年基本完成全省医保信息平台开发、建设,完成全省22个统筹区医保业务切换上线运行。完成全省医疗保障历史数据治理。全面应用国家统一的信息业务编码标准,实现数据唯一、真实、集成、共享。

2. 全省医疗保障云监管平台。开展全省医保云HIS、云MIS监管平台建设试点,实现医保事前、事中、事后全链监管,为定点医药机构提供更高服务质量。

3. 全省医保公共服务便民行动。利用“互联网+”技术,加快实现医保业务网上办、掌上办。

4. 医疗保障网络信息安全数盾行动。持续开展全省医保信息平台和医保数据安全治理,提高安全防范能力,确保平台和数据安全。

5. 四川智慧医保创新实验室。承接国家研究任务,探索建设集医保课题研究、大数据分析等功能于一体的大数据实验基地。

第八节 防范化解重大风险

坚持统筹发展和安全,树立底线思维,强化医保基金运行、经办业务和数据信息的安全管理,为医疗保障高质量发展提供坚实支撑。

维护基金运行安全。健全基金运行风险评估、预警机制,实时监测基金运行重点指标;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。以统筹区为单位,建立基金定期运行分析制度,开展中长期精算试点,构建收支平衡机制。

强化经办机构内部控制。加强医疗保障精细化管理,通过制度控制、管理控制、手段控制、社会监督等方式,健全组织机构、业务运行、基金财务、信息系统、行风建设等方面的内控工作机制。全面推行基本医疗保险基金财务业务一体化信息系统管理,实现基金支付医银直联。加强监督与检查,打造公开透明、运作规范、

管理科学、监控有效、考评严格的经办机构内控体系。

确保信息数据安全。加强对信息安全技术的研究和运用,做好医疗保障数据分级分类管理。规范数据管理和应用权限,强化自主可控密码技术应用,依法保护参保人基本信息和数据安全,有效保护个人隐私。加强医疗保障网络信息安全基础设施建设,开展网络信息安全攻防演练,不断完善网络信息安全管理体系统,确保全省医疗保障信息系统安全、稳定、高效运行。

第五章 保障措施

第一节 加强组织保障

健全党把方向、执行有力的组织体系,把党的领导贯穿于医疗保障改革发展的各个领域、各个环节,把党的政治优势、组织优势转化为推进医疗保障事业发展的强大动力。省级有关部门(单位)要明晰权责,加强沟通,通力协作。各级医疗保障部门要统筹协调,协同推进,细化落实举措,明确工作责任、时间表和路线图,以重大工程、重大项目为抓手,确保规划实施效果。

第二节 做强人才支撑

坚持政治引领、服务大局,拓宽人才来源渠道,优化队伍结构,强化培养锻炼,提升能力素质,完善考核机制,注重激励约束。

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,完善选人用人机制,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。健全机制,强化激励,注重人才培养,着力打造一支适应新时期医疗保障改革发展需要的高素质、专业化、年轻化的医疗保障干部队伍。强化实践锻炼,健全干部交流机制。注重借智借力,加强医疗保障专家队伍建设。

加强系统培训。围绕医疗保障改革发展中心任务,聚焦政治素养和专业能力提升,以增强执行能力、改进工作作风为抓手,采用线上学习与线下培训相结合的形式,在“十四五”时期开展分级分类、全覆盖的全省医疗保障系统干部轮训。

专栏 10 干部人才培育项目

1. 组织开展全省医疗保障系统党建纪检干部培训、全省医疗保障系统基金财务业务培训等十余项系统培训,培训次数不少于 50 次,党性纪律教育不低于培训总课时的 10%。到 2023 年底,省、市(州)级医疗保障系统干部基本轮训一次,到 2025 年底,全省各级干部完成轮训。组织、协调全省医疗保障系统县处级干部参加党校、干部学院或其他培训机构学习不少于 240 人次,学时不低于 60 学时/人;乡科级及以下干部参加培训累计不少于 85000 人次,学时不低于 16 学时/人·次。

2. 健全多层次、多岗位干部交流、挂职锻炼机制,在全省医疗保障系统内下派、上挂干部不少于 20 人次。注重从先进发达地区、“双一流”高校引进或选调优秀人才到全省医疗保障系统挂职、任职、工作。

第三节 强化法治保障

依法及时调整并公布医疗保障行政权力事项,严格落实重大行政决策法定程序,加强医疗保障行政规范性文件管理。制定全

省统一的医疗保障行政执法程序、执法文书样式及行政处罚裁量权基准。建立医疗保障行政执法案例指导制度,完善医疗保障行政执法与刑事司法衔接机制。加强医保执法人员培训,打造一支高素质专业化队伍。开展多种形式的医保普法宣传,引导全社会增强医保法治意识。

第四节 实施监督评估

强化目标考核,积极推动重要指标纳入政府年度重点工作和绩效考核。聚焦约束性指标和重大工程、重大项目,明确责任主体,落实进度要求,确保规划顺利实施。开展规划实施综合评估,保证规划执行效果。自觉接受人大监督、审计监督和社会监督。加强宣传引导,主动做好政策解读,回应社会关切,大力营造推动改革创新促进医疗保障高质量发展的良好氛围,为规划落地实施提供良好的舆论环境。