德阳市罗江区“十四五”全民医疗保障规划

为深入贯彻党中央、国务院关于全面建设中国特色医疗保障体系的决策部署，落实党中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的意见，推动我区医疗保障事业高质量发展，助力健康罗江建设，依据《国家“十四五”全民医疗保障规划》《四川省“十四五”全民医疗保障规划》《德阳市“十四五”全民医疗保障规划》和《德阳市罗江区国民经济和社会发展第十四个五年规划和二0三五年远景目标纲要》，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、维护社会和谐稳定做出的重大制度安排。二十年来，我区医疗保障事业改革持续纵深推进，经历从无到有，从覆盖职工到覆盖全民，从单一基本医疗保险到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的发展历程，制度体系不断健全完善，医疗保障水平稳步提升，医疗保障基金收支平衡、略有结余，整体运行稳健可持续，在破解看病难、看病贵问题上取得了突破性进展，为提高人民健康水平提供了坚实保障。

区医保局组建以来，通过理顺管理体制，深化重点领域改革，强化基金监管，提高经办服务水平，努力打造公平医保、法治医保、智慧医保、便民医保、廉洁医保，医疗保障事业发展迈上新台阶。

第一节 “十三五”奠定的基础

一、医疗保障体系更加完善

2017年1月整合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗，建立起城乡一体、惠民高效、公平可及的“城乡居民基本医疗保险制度”，参保率达98%以上。同年建立补充医疗保险制度，完善了大病医疗保险制度。实现了生育保险与职工基本医疗保险合并实施。2019年8月修订出台了《德阳市罗江区城乡医疗救助实施办法（2019年修订）》。

群众就医负担有效减轻。城镇职工基本医疗保险统筹基金最高支付限额从2016年的25万元提高到2020的35万元；城乡居民基本医疗保险统筹基金最高支付限额从2016年的15万元(原新农合12万元)提高到2017年的20万元（缴费档次二档）和15万元（缴费档次一档）。职工医保住院政策范围内报销比例达90%以上；实现居民医保住院政策范围内报销比例达75%以上；医疗救助比例达70%。2019年以来共争取资金2015.08万元，资助重点救助对象参保16773人、594.25万元，实施医疗救助11170人、1076.29万元。

二、医保基金运行安全有效

医保基金是老百姓的“救命钱”，习近平总书记多次对加强医保基金监管工作作出重要批示指示，强调“勿使医保成为新的唐僧肉，任由骗取，要加强监管”。

区医保局自2019年成立以来，始终坚持把守护医保基金安全作为首要政治任务，认真开展医保基金监管集中宣传，持续加大医保基金监管力度，追回定点医药机构违规报销医保资金近400万元，有效的保障了年平均5.2亿医保基金的收支安全。

三、医保改革试点全市领先

医保支付方式改革走在全市前列。2019年在罗江医院集团试点德阳市医保支付方式改革，成绩得到省市认可，并将我区定为全省医共体医保支付方式改革试点县，同时将区医保局作为省医保局基层联系点，我区医疗机构得到了长足的发展。

药品耗材集采改革试点工作在全市率先落地。进行了2个批次的药品集采工作，共涉及57个品种、41.77万元，价格平均降幅达55%，其中最高降幅达99%，极大减轻了参保群众的就医负担。

四、医保脱贫攻坚成效显著

为特殊困难群体部分或全额代缴城乡居民医疗基本医疗保险费用，建档立卡贫困人口实现100%参保，全面实施基本医保、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，建档立卡贫困人口医疗救助不设年度救助限额，县域内住院费用政策范围内个人负担控制在10%以内，贫困孕产妇生育费用100%报销，门诊特殊疾病限额内的合规费用100%报销。

五、新冠肺炎疫情应对及时得当

新冠肺炎疫情突如其来，区医保局迅速反应积极开展疫情防控，在全区医药物资保障和价格稳定方面起到重要作用。向医疗机构预拨100万元，将新增新冠病毒核酸、抗体检测项目和疫苗费用纳入基本医疗保险支付范围，满足防疫需求。支持企业复工复产，减征职工基本医疗保险费1040.3万元，为统筹推进疫情防控和经济社会发展积极贡献力量。

“十三五”时期全区医疗保障事业发展取得重要成就，为“十四五”时期推动医疗保障事业高质量发展打下了坚实基础。

## 第二节 机遇与挑战

“十四五”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；是立足新发展阶段、贯彻新发展理念、构建新发展格局，抢抓国家重大战略机遇，实现医疗保障事业高质量发展的五年；是落实党中央、国务院关于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。

从机遇看，首先党中央、国务院关于全面建立中国特色医疗保障制度的决策部署，为我区开启新时代医疗保障事业发展指明了方向，“十四五”时期，多层次社会保障体系将更加健全，人民群众对美好生活新期待将得到更好满足。其次“十四五”期间卫生健康体系将更加完善，医疗科技领域创新突破加速推进，医疗服务模式将以治病为中心向以健康为中心转变，更加注重面向全人群、全生命周期的健康服务管理，互联网+医疗、远程移动医疗、智慧医疗等新型医疗服务模式呈现蓬勃发展趋势，成渝地区双城经济圈建设、乡村振兴等国家战略深入实施，社会经济将步入高质量发展阶段，治理效能显著增强。

从挑战看，我区医疗保障距公平普惠目标仍有差距，人口老龄化形势日益加剧，基金收支平衡压力较大，医保、医疗、医药改革协同性不足，医保基金监管形势依然严峻，医保精细化管理水平亟待加强，基层经办服务力量相对薄弱等问题仍然客观存在，“十四五”时期工作任务仍然艰巨。

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历次全会精神，坚决落实党中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的意见，坚持在统筹推进“五位一体”总体布局和“四个全面”战略布局中思考和谋划医疗保障发展。坚持以人民为中心，坚持新发展理念，坚持以高质量发展为主题，着力创新工作机制，深化重点领域改革，将制度优势转化为治理效能，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、协同性，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，加快健全覆盖全民、统筹城乡、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系，提升人民群众的获得感、幸福感、安全感，促进罗江医疗保障事业发展迈上新台阶。

##

## 第二节 基本原则

坚持党的全面领导。始终坚持党对医疗保障事业的全面领导，坚持把政治建设摆在首要位置，拥护“两个确立”、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，为全区医疗保障事业发展提供坚强政治保证。

坚持以人民为中心。把满足全区人民的基本医疗保障需求作为医保工作的出发点和落脚点，聚焦公平普惠、精准保障，推动基本医疗保险应保尽保和待遇应享尽享，助力健康罗江建设，为人民群众健康提供更加优质高效的医疗保障，更好满足人民群众对美好生活新期待。

坚持保基本可持续。坚持依法完善、覆盖全民，尽力而为、量力而行，全面落实待遇清单制度，纠正过度保障和保障不足。坚持精算平衡，完善医保筹资和待遇调整机制，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。

坚持系统集成高效。树立改革意识、数字思维，将数字化技术、数字化思维、数字化认知融入“智慧医保”建设和医疗保障事业发展各方面和全过程，将医保数字化改革优势转化为强大治理效能。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，完善医保业务标准，以标准化推进高水平治理，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。坚持医保、医疗、医药“三医联动”和协商共治，政府、市场、社会协同发力、群众积极参与，促进多层次医疗保障制度有序衔接。深入研判医疗保障工作存在问题和人民群众医疗保障需求新变化，聚焦精细化管理，在国家基本医疗保障制度体系框架下积极创新，提质增效，提高治理社会化、法治化、标准化、智能化水平，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，医疗保障制度将更加成熟定型，待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管等重要机制更加健全完善，医药服务供给侧、医保管理服务等关键领域的改革任务基本完成。

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，资源配置更加优化；医保支付方式改革持续深化，以DIP为主体，按病种、床日、人头付费的复合型付费制度基本完善，医疗机构行为规范和成本控制激励约束机制基本建立；持续深化药品和医用耗材采购改革，全面落实国家、省组织药品和医用耗材集中采购中选结果，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，顺利平稳使用全省一体化信息系统，电子凭证普遍应用，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。医疗保障基金运行安全稳健，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，多层次医疗保障制度衔接有序、可持续性加强，群众医疗费用负担进一步减轻。

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，服务流程更加标准化、便捷化，“两定”机构管理规范高效，人民群众满意度有效提升。

主要指标

| 主要指标 | 2020年 | 2025年 | 指标属性 |
| --- | --- | --- | --- |
| 基本医疗保险参保率 | 98%以上 | 稳定在98%以上 | 约束性 |
| 职工医保政策范围内住院报销比例 | 85%以上 | 保持稳定 | 约束性 |
| 居民医保政策范围内住院报销比例（含大病保险） | 75%以上 | 保持稳定 | 约束性 |
| 重点救助对象符合规定的医疗费用住院救助比例 | 70% | 70% | 预期性 |
| 住院费用按DIP付费等非项目付费占住院费用的比例 | —— | 85%以上 | 预期性 |
| 公立医疗机构在用药械在省药械集中采购及医药价格监管平台线上采购率 | —— | 公立医疗机构药品和医用耗材线上开展采购率达90%以上 | 预期性 |
| 医疗保障政务服务满意率 | 80% | 90%以上 | 预期性 |
| 医疗保障政务服务事项线上可办率 | 80% | 95% | 预期性 |
| 医疗保障政务服务事项窗口可办率 | —— | 100% | 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，基本公共服务实现均等化，人民生活更加美好，人的全面发展、全体人民共同富裕取得更为明显的实质性进展，多层次医疗保障制度体系更加成熟定型，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，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 推进医保制度体系健全

第一节 健全完善待遇保障机制

依法推进全民参保。按照依法参保、应保尽保的要求，推动各类人群全面参保。全面落实持居住证参保政策，做好流动人口基本医疗保险关系转移接续。加强部门数据共享比对，形成全民参保数据库，及时掌握医保增减员信息，避免重复参保，实现精准扩面，巩固参保覆盖率。

落实医疗保障政策。严格执行医疗保障待遇清单管理制度，认真落实重大疫情、灾害医疗救治医保支付政策，执行全市统一的医保报销政策，加快推进职工基本医疗保险个人账户改革，建立门诊共济保障机制。积极贯彻应对人口老龄化战略要求，落实生育医疗费用支付及生育津贴制度。加强救助对象精准识别和部门信息动态共享机制，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。

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，确保农村特困人员、低保人口应保尽保。统筹推进基本医保、大病保险、医疗救助三重制度综合保障政策，落实脱贫人口医疗救助资助参保及大病保险倾斜支付政策，确保政策有效衔接，待遇平稳过渡。建立健全防止因病致贫返贫长效机制，防止规模化因病致贫返贫。

| 专栏1 医疗保障助力乡村振兴工程 |
| --- |
| 1.巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果，按照市医保局等七部门印发《德阳市巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的实施细则》，落实脱贫人口待遇保障政策。2.保障城乡居民医保待遇水平。全面落实分类资助参保政策，确保特困人员、低保人口应保尽保。巩固提高基本医保、大病保险、医疗救助保障水平，统筹发挥三重保障制度综合梯次减负功能，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，助力乡村振兴战略全面推进。3.建立防范化解因病致贫返贫长效机制。做好因病致贫返贫风险监测，建立健全防范化解因病致贫返贫的主动发现机制、动态监测机制、信息共享机制、精准帮扶机制和依申请救助机制等，防止规模化因病致贫返贫。 |

第二节 完善医保支付机制

##

完善多元复合支付方式。强化医保基金预算管理，推进区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）方式改革，实施安宁疗护、精神疾病、医疗康复等长期住院按床日付费，生育医疗费按病种付费，“两病”等费用稳定、需要长期治疗的门诊慢性病按人头付费，逐步实现以DIP为主体，按病种、床日、人头付费多元复合式医保支付方式。探索部分病组收付费改革，将按病种分值付费（DIP）向收费端延伸，实现收付费改革一体化。

|  |
| --- |
| 专栏2 DIP付费支付方式改革评估工程 |
| 1.2021年实施DIP付费改革，开展DIP实际付费。2.2022年争取申请在全市探索实施“一个总额付费”支付改革下的DIP试点。 |

##

第三节 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。

健全医保基金监管体制。全面贯彻执行医保法律法规。建立健全医保基金监管执法体制，加强医保基金监督检查能力建设，明确监管机构，配齐配强人员力量。理顺行政监管与经办协议管理关系，落实协议管理、费用监控、稽查审核、行政监管责任。建立健全经办机构内部控制制度，定期聘请第三方机构对经办机构内控风险进行评估。完善医保医师诚信管理办法，实施守信联合激励和失信联合惩戒。基本建立起较为完善的医保监管制度体系、执法体系、稽核体系、信用体系。

创新医保基金监管方式。完善日常巡查、专项检查、重点检查、专家审查等相结合的多形式检查制度，推行“双随机、一公开”监督检查，应用“云”技术和生物识别技术对重点人群、关键场所、关键环节实施真实性监控。对接定点医药机构数据系统，实现对就医过程的事前、事中监管和药品、医用耗材进销存数据实时监管。将异地就医、购药直接结算纳入智能监控范围。

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，建立健全部门间协同监管、协调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，完善行刑、行纪和与其他行政部门衔接工作机制，综合运用司法、行政、协议等手段打击欺诈骗保违法违规违纪行为。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医保基金监管，建立和完善政府购买服务制度，探索推行按服务绩效付费，提升监管的专业性、精准性、效益性。充分发挥医保基金社会监督员作用，畅通举报投诉渠道，实施欺诈骗保行为举报奖励制度，鼓励和支持新闻媒体开展医疗保障法律、法规和医疗保障知识的公益宣传，加强重大案件曝光力度。加强医药机构行业自律，支持两定机构通过医学会、医保专委会、药店协会等开展行业自律。建立信息披露制度，经办机构定期向社会公告基金收支、结余和收益情况，定点医药机构向社会公开医药费用、费用结构等信息，接受社会监督。

第四章 协同推进改革发展

第一节 深入推进医药价格改革

深化药品、医用耗材集中带量采购制度改革。全面落实国家、省组织药品和医用耗材集中带量采购，平稳推进国家集中采购药械续标及相关批次的集中采购药械工作的落地，2025年力争集中带量采购药品品种达到600个以上，高值医用耗材品种达到5类以上。执行省级医保支付标准，落实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中节省部分医保资金用于激励医疗机构，引导医药机构采购、使用质优价廉的药品和医用耗材，对药械集中采购的货款资金流、订单信息流、货物物流实行“三流合一”综合管理。推进医保基金与医药企业直接结算。

推进药品、医用耗材合理价格形成。坚持市场机制和政府作用相结合，使用招标、采购、交易、结算、监督一体化的省药械集中采购及医药价格监管平台，推行带量采购、价格联动采购、备案采购等三种挂网采购方式，推动药械价格回归合理水平。

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，按期监测公立医疗机构服务运行情况。综合运用监测预警、函询约谈、提醒告诫、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，促进医药机构和医药企业加强价格自律。

##

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，完善医疗保障经办服务体系建设，深化医疗保障协议管理，推进医疗保障公共服务标准化和便捷化，加快异地就医结算和基本医疗保险关系转移接续改革创新。

健全完善经办服务体系。加强医保经办体系建设，实施基层医保网格化服务管理，从上至下形成区、镇、社区（村）三级医保经办服务体系，在各镇设立医保经办服务窗口，在有条件的社区和村设立医疗保障服务站（点），配备专兼职医保经办服务工作人员和工作设施，将所需经费纳入财政预算，实现群众办事“只进一扇门”。

规范医保协议管理。执行全省统一的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。适应人口老龄化、群众多元化医疗需求，将符合条件的各类医药机构纳入医保定点，支持“互联网+”医药服务等新业态医药服务发展。进一步强化协议管理和考核结果运用。

持续推进医保治理创新。探索医疗保障经办机构法人治理建设，通过政府购买服务方式积极引入社会力量参与经办服务，着力构建政府、社会、市场、群众相互促进的共建共治共享新格局，通过协商、合作、互动、共赢的方式，实现资源整合、秩序构建和治理效能提升。建立跨区域医保管理协作机制。聚焦医保堵点难点问题，重视发挥高等院校、科研院所、高端智库、专家学者等作用，提升决策前瞻性、科学性，形成协同创新新局面。

推动医保公共服务便捷化。加强经办能力建设，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，确保参保人依法享有待遇保障。适应人口流动需要，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”。深入开展“互联网+医保”经办服务，大力推进服务事项网上办理，推广使用“四川医保”手机APP，坚持传统服务与智能服务创新并行，加快推动智能化并提高适老化水平，推动医保直接结算网络向乡村延伸，改善参保人员医疗保障体验。

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，业务大厅实施综合柜员制，打造走在全省、全市前列的线上线下服务品牌，推动建立医疗保障公共服务标准化工作体系，规范公共服务范围、内容和流程。到2025年，实现医疗保障标准化服务全覆盖。深化医疗保障系统行风建设，全面实行“好差评”制度，加快推进医保政务服务事项网上办理。

|  |
| --- |
| 专栏3 医疗保障公共服务标准化工程 |
| 1.经办大厅（窗口）标准化。2025年实现区级医保经办大厅（窗口）标准化。2.政务服务事项标准化。全面落实全省统一的医疗保障政务服务清单制度，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。3.经办服务流程标准化。全面落实全省统一的医保经办服务流程，优化医保经办服务流程。 |

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。实现异地就医备案方便化、快捷化、多元化。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。持续扩大异地就医直接结算覆盖范围，提高直接结算率。

第三节 推行医疗保障信用管理体系

执行全市统一的医疗保障信用评价管理制度，强化基金监管信用管理、医药价格和药械集中招采信用评价等，全面推动医疗保障领域信用管理工作。

实施基金监管信用管理制度。实施医药机构及其相关工作人员、参保人员及参保单位信用记录、信用评价制度和记分管理制度。实施定点医药机构综合绩效评价机制，将信用评价结果、综合绩效考评结果与预算管理、服务购买、检查稽核、定点协议管理等相关联。

实施医药价格和药械集中招采信用评价制度。依托省药械集中采购及医药价格监管平台，实施医药价格和药械集中招采信用评价制度，结合实际探索量化评分的信用评价办法，提升信用评级的标准化规范化水平，推进守信承诺、信用评级、分级处置、信用修复等机制完善，实施权责对等、协调联动的医药价格和药械集中招采信用评价制度，促进各方诚实守信。

全面推动医疗保障领域信用管理工作。加强和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工作，依法依规实施守信联合激励和失信联合惩戒。推动行业协会制定并落实自律公约，促进行业规范和自我约束。

第四节 协同推进健康罗江建设

深入实施健康罗江战略，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“两病”管理和用药保障，积极应对人口老龄化，助力提高全区人民群众健康水平。

大力促进中医药发展。优化中医新增医疗服务项目审批流程，加快推动新医疗技术及时进入临床应用。充分考虑中医医疗服务特点，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）医疗服务项目报入调价范围。在DIP付费中遴选中医优势病种予以支持，坚持中西医并重，大力支持中医药发展，将符合条件的中医药机构纳入医保定点。

加强“两病”管理和用药保障。加强部门协作，积极发挥医疗机构、家庭医生作用，持续推进“两病”待遇保障、政策衔接、医保支付等工作。强化同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“三个月长处方”制度。

积极应对人口老龄化。加强社区养老、医疗康复与医疗保障的协同发展，不断增强社会养老服务能力。将符合条件的养老机构内设医疗机构纳入医保定点管理，落实家庭医生签约服务、安宁疗护、家庭病床等诊疗项目管理和相关支付政策，加大医保支付方式改革对医养结合机构的支持力度。

推进紧密型县域医共体医保管理改革。强化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。通过医保支付方式改革引领县域紧密型医共体建设，提升基层医疗服务能力，促进分级诊疗，推进散点状服务模式向连续型、整合型转变。

落实家庭医生签约服务包制度。推进门诊支付方式改革，规范门诊特殊慢性病、门诊统筹等门诊服务的支付方式，推进与门诊共济保障相适应的付费机制完善。

##

第五节 大力推进智慧医保建设

以全省医保一体化大数据平台为依托，推进我区医保信息化、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。

全面推广应用医保电子凭证。所有医保经办机构和定点医药机构完成系统对接，具备医保电子凭证应用条件。加快医保电子凭证的申领与应用，逐步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。

提升数字化服务能力。利用“互联网+”技术，加快实现医保业务网上办、掌上办。为镇、村（社区）配备一定数量医保自助服务终端。

第六节 加强干部队伍建设

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、发挥激励鞭策，建设一支政治素质过硬、知识结构合理、业务能力精湛、勤政廉政的医疗保障干部人才队伍。

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，着力建设高素质专业化年轻干部队伍。强化实践锻炼，力争搭建形成多层次、多岗位干部交流、挂职锻炼机制。打造适应新时期医疗保障工作的医保业务专业队伍。注重借智借力，健全完善医疗保障专家队伍。

加强系统培训。围绕医疗保障中心任务，聚焦政治素养和专业化能力提升，“十四五”时期分级分类将全区医疗保障系统干部轮训一次，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。

| 专栏4 干部人才培育项目 |
| --- |
| 1.对重点岗位中层干部进行轮岗一次，防范廉政风险。2.对全区医疗保障系统干部轮训一次。 |

第七节 防范化解重大风险

坚持统筹发展和安全，树立底线思维，强化基金运行、医保经办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。落实基金运行风险评估、预警机制，实时监测基金运行重点指标，强化基金监管，提高基金使用效率。

强化经办机构内部控制。加强精细化管理，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、信息系统和内部控制的监督与检查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。

确保信息数据安全。加强对信息安全技术的运用，做好医疗保障数据分类管理，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，有效保护个人隐私。

第五章 保障措施

第一节 加强组织领导

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，认真贯彻落实习近平总书记对四川工作以及医疗保障工作的系列重要指示批示精神，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，强化组织领导，精心组织实施，健全党把方向、执行有力的组织体系，确保医疗保障工作始终保持正确的政治方向。

第二节 强化法治保障

规范医疗保障行政执法，落实权责清单、执法事项清单和医疗保障行政处罚程序规定，规范执法文书指引，约束行政执法自由裁量权。加强执法监督，落实医疗保障行政执法公示、执法全过程记录、重大执法决定法制审核三项制度，完善医疗保障行刑、行纪衔接。多措并举推进法治宣传教育，增强全民法治意识，营造全社会重视、关心和支持法治建设的良好氛围，共同推进医疗保障法治建设。

第三节 实施监督评估

强化目标考核，积极推动将重要指标纳入政府年度重点工作和目标考核。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。加强引导宣传，主动做好政策解读和服务宣传，及时公开公布医疗保障政策及实施效果，回应社会关切，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。