

威海市医疗保障事业发展“十四五”规划

为深入贯彻党的十九大关于全面建立中国特色医疗保障制度的决策部署，全面落实中央、省、市关于医疗保障事业发展的总体要求，建设更加公平和可持续的医疗保障制度体系，实现更好保障病有所医的目标，助力“精致城市·幸福威海”建设，根据《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》《中共山东省委 山东省人民政府贯彻落实<中共中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的意见>的实施意见》《山东省医疗保障事业发展“十四五”规划》《威海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》等文件精神，结合我市实际，制定本规划。

一、发展基础与形势环境

（一）威海市“十三五”医疗保障事业发展成就

“十三五”期间，全市医疗保障系统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、五中全会精神，全面落实上级医保部门和市委市政府的决策部署，坚持以人民为中心的发展理念，深化改革，勇于创新，全市医疗保障事业实现了长足发展。

1.医疗保障体系进一步完善。完成医疗保障管理体制改革，组建市、县两级医疗保障部门，整合优化基本医疗保险、生育保险、医疗救助、医药价格和药械招采等职能，形成医疗

保障工作集中统一归口管理的工作格局。调整异地就医、生育保险等 44 项医保政策，完善医疗救助政策，新建再救助制度，在全国率先实现生育保险与职工基本医疗保险合并实施，在全省较早实现职工长期护理保险全覆盖，居民长期护理保险在南海新区试点，全市“基本医保+大病保险+医疗救助”的多层次医疗保障体系日趋完善。

2. 医疗保障水平进一步提高。“十三五”末，全市基本医疗保险参保人数 263 万人，基本实现全民覆盖的目标。职工医保住院医疗费用最高报销限额 50 万元，实际报销比例 86.96%，居民医保最高支付限额为一档缴费 20 万、二档缴费 30 万，实际报销比例分别达到 62.55% 和 66.35%。居民缴费政府补助标准提高到每人 550 元，比“十二五”末提高 160 元。扩大参保人员门诊慢性病病种数量，提高高血压、糖尿病患者待遇受益面，提升严重精神障碍、苯丙酮尿酸症、脑瘫患者等特殊群体待遇水平。全面落实医保扶贫倾斜政策，困难人员参保缴费率、待遇享受率和政策知晓率始终保持 100%。扎实落实疫情防控期间医保基金应急预付政策，确保患者不因费用问题影响就医，收治医院不因支付政策影响救治；出台阶段性降低职工医保费率和缓缴困难中小微企业医保费政策，促进企业复工复产。

3. 医保支付机制进一步健全。优化基金总额预付办法，启动按疾病诊断相关分组（DRG）付费试点，实行医疗集团（紧密型医共体）总额打包付费，在全省率先推行中医、心理科和

护理院“日间病房”新型支付方式，大力探索中医药医疗保障改革，经验被全国推广，初步形成符合威海特点的多元化支付体系。

4. 医疗服务价格改革和药械招采进一步深化。深化医疗服务价格改革，全面取消公立医疗机构药品及医用耗材加成，完善收入补偿机制。先后动态调整医疗服务价格 6 次，新增医疗服务项目 210 余项，明确 7 项“互联网+”医疗服务项目价格，并纳入医保支付，在全省率先全面降低 930 余项大型设备检查检验项目价格，适当调整体现医务人员技术劳务价值的项目价格，医疗收入结构持续优化。推进药品、医用耗材集中带量采购，扎实做好国家、省组织 151 种药品、7 大类高值医用耗材中选结果的落地实施，每年节省群众就医负担约 2.4 亿元。获批山东省药械联合采购试点城市，市级层面先后开展 5 轮药品和医用耗材集中带量采购，年可节约医疗费用 4700 多万元，群众就医负担大幅降低，药价虚高问题得到有效治理。

5. 基金监管力度进一步加大。出台建立医疗保障基金监管长效机制的意见、医疗保障基金举报奖励暂行办法等，建立查处和防范医疗保障欺诈工作联席会议、基金监管工作联席会议等制度，形成相对完备的医保基金监管制度体系。建立日常检查、专项检查等相结合的执法检查机制，推行“双随机、一公开”监管方式，深入开展医保基金使用专项整治，“十三五”期间，实现定点医药机构现场检查全覆盖，累计追回医保基金 1.2

亿余元，暂停或解除医保协议 600 余家，有效维护了基金安全。加快医保智能监控国家示范点建设，创新打造独具威海特色的智能监控系统，加快推进六大医保智能监管系统建设，实现事前警示、事中管控、事后审核全链条监管。探索“医保+信用”监管新模式，将信用奖惩机制引入医务工作者和参保人管理工作，并将定点医药机构的信用评价结果与医保总额指标、稽核检查、定点协议管理等相关联。

6.经办服务质量进一步优化。深化“一次办好”改革，在全省率先实现服务事项“八统一”，办理时限和申请材料持续压缩，首创“互联网+医保”服务，业务“网办”“掌办”率不断提高，全面搭建起柜台、网络、自助、移动多位一体的医保经办服务新体系。大力提升基层医保服务能力，积极推进医院、镇街便民服务中心和村、企业、银行医保工作站建设，初步构建起贯通市县镇村（社区）的四级服务网络，群众“零距离”享受医保服务的新模式基本成熟，群众满意度不断提升。

（二）“十四五”期间医疗保障工作面临的形势

“十四五”是我国乘势而上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。党的十九大作出了全面建立中国特色医疗保障制度的战略部署，党中央、国务院和省委、省政府先后出台了深化医疗保障制度改革的系列实施意见，全面擘画了新时代医疗保障事业发展的蓝图。威海市委、市政府将其纳入经济社会发展大局研究谋划，

持续加大政策扶持和资金投入，“十四五”期间我市医保事业进入大有可为的“黄金期”。

同时，“十四五”时期我市医疗保障事业发展也面临诸多挑战：一方面，国际环境日趋复杂，新冠肺炎疫情仍在起伏反复，再加上随着工业化、城镇化、人口老龄化加快以及疾病谱变化等因素，都将对医疗保障事业发展产生系列影响。另一方面，我市老龄化程度高、发展快，庞大的老年人群医疗保健需求快速增长，医疗技术进步导致的医疗费用变化，医保筹资增长空间有限等，有限的资金筹集与日益提高的保障待遇之间的矛盾日益突出。此外，从医保自身来看，多层次保障体系还不成熟、基金预算管理科学化程度不足、医保基金监管体系和能力建设相对薄弱、医保公共服务能力与人民群众需求还存在一定差距。

“十四五”期间威海医疗保障工作要坚持以人民为中心的发展理念，以切实解决医疗保障领域发展不平衡不充分的问题，更好满足人民群众对健康福祉的美好需要为目标，着眼全市经济社会发展战略全局，主动适应新发展阶段，深入贯彻新发展理念，积极构建新发展格局，把握发展规律，加强战略谋划，深化改革创新，以制度建设中的短板缺项为重点，完善医疗保障治理体系，提升医疗保障治理能力，织密扎牢民生医疗保障网，充分发挥医疗保障在健康威海建设中的基础作用，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

二、总体思路与发展目标

（一）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、五中全会精神，深入学习贯彻习近平总书记视察山东和关于医疗保障工作的重要讲话、重要指示批示精神，全面贯彻中央关于深化医疗保障制度改革的部署和市委、市政府工作要求，牢固树立以人民为中心的发展理念，坚持系统观念，补短板、抓提升、强管理，围绕建设现代化医疗保障制度体系、提升群众满意度的首要目标，以加强科学化、法治化、标准化、规范化、精细化管理为抓手，全面深化待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管、医药服务供给、公共管理服务等关键领域改革，健全完善公平适度的待遇保障机制、稳健持续的筹资运行机制、管用高效的医保支付机制、严密有力的基金监管机制，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，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，加快医疗保障治理体系和治理能力现代化，保障人民健康，促进共同富裕，为“精致城市·幸福威海”建设提供坚实医疗保障，不断提升人民群众的获得感、幸福感、安全感。

（二）基本原则

1.坚持党的领导。始终坚持党对医疗保障工作的领导，坚持以政治建设统领医疗保障改革发展，全面提升政治判断力、

政治领悟力、政治执行力，认真贯彻落实新时代党的医疗保障方针、路线、政策，增强制度的刚性约束，为医疗保障制度更加成熟定型提供根本保证。

2.坚持人民至上。以人民健康为中心，完善政策体系，优化医保服务，提供更加公平、更加充分、更高质量的医疗保障，使改革发展成果更多惠及全市人民，切实提高人民群众的获得感和满意度。

3.坚持共治共享。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。充分调动各方积极性，不断释放改革红利，促进发展成果共享。从供给侧和需求侧两端发力，统筹社会、企业和个人三个层面，形成维护和促进医疗保障事业的强大合力。

4.坚持公平适度。实行依法参保、分类保障，均衡各方缴费责任，加强统筹共济，努力实现应保尽保、应享尽享、应救尽救，人人公平享有。坚持精准施策，有效衔接乡村振兴，对困难群众实施适度倾斜保障，助力实现共同富裕。坚持量力而行、尽力而为，根据经济社会发展水平和基金承受能力，合理确定待遇范围和标准，防范和化解基金运行风险。

5.坚持规范统一。加强顶层设计，强化三重制度保障，推进医疗保障法治建设，稳步推动医保政策标准相对统一。全面加强医疗保障领域标准化、信息化建设，加强依法监管，推动精细管理，强化刚性约束，维护基金安全。

6.坚持系统协调。增强工作的系统性、整体性、协同性，实现多层次医疗保障制度有机衔接、作用协同发挥，医疗保障和医药服务高质量协同发展，医保基金战略购买作用有效发挥，医保支付机制更加管用高效，推进三医联动改革，推动公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医保建设。加快关键环节改革步伐，清除体制机制障碍，发挥科技创新和信息化的引领支撑作用，构建具有幸福威海特色的医疗保障制度体系。

（三）发展目标

到 2025 年，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的改革任务，医疗保障制度更加成熟，待遇保障公平适度，基金运行持续稳健，管理服务优化便捷，全面建成与现代化幸福威海相适应的医疗保障服务体系。

1.保障体系统一规范。筹资运行机制更加稳健可持续，待遇保障机制更加公平适度，基本医疗保险、大病保险、医疗救助制度三重保障功能更加完善，多层次医疗保障体系更加成熟定型，基本医疗保障更加公平普惠，防范化解因病致贫返贫长效机制基本建立。

2.医药服务协同高效。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，以市场为主导的医药价格和

采购机制更加完善，医疗服务价格调整更加灵敏有度，医药服务可及性和人民群众获得感进一步增强。

3.监管机制健全严密。建立健全医保基金监管责任体系、制度体系、执法体系、信用体系、保障体系，医保基金长效监管机制基本建成，定点医药机构管理规范有序，医疗行为全面规范，基金运行安全稳健，行政执法更加规范，全社会医保法治观念明显增强。

4.服务水平显著提升。医保经办管理服务体系健全完善，医疗保障信息化水平显著提升，“互联网+”综合保障服务能力显著提升，医保电子凭证普遍推广，医保服务更加便捷惠民。

全市医疗保障事业发展主要指标

指标维度	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	92.7%	>95%	预期性
基金运行	基本医疗保险（含生育保险）基金支出五年平均增长率	8.57%	<10%	预期性
统筹层次	基金统筹	市级统筹	省级统筹	预期性
保障程度	职工医保政策范围内住院报销比例	86.96%	保持稳定	预期性
	居民医保政策范围内住院报销比例（含大病保险）	63.7%	保持稳定	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%	70%	预期性
精细管理	按疾病诊断相关分组付费占住院费用的比例	—	>75%	预期性
	信用监管覆盖率	90%	100%	约束性
	医保智能监控系统覆盖率（定点医疗机构、药店）	45%	100%	预期性
优质服务	异地住院费用跨省联网直接结算率	68.6%	>80%	预期性
	定点医药机构“一卡通行”覆盖率	92.8%	100%	预期性
	医疗保障政务服务事项线上可办率	98%	100%	预期性

到 2030 年全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、长期护理保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助协同发展的医疗保障制度体系。到 2035 年，基本医疗保障制度更加规范统一，多层次医疗保障体系更加完善，

医疗保障公共服务体系更加健全，医疗保障经办管理服务体系规范统一，医保、医疗、医药协同治理格局总体形成。

三、健全完善多层次医疗保障体系

（一）提升基本医疗保险参保水平

实施基本医疗保险全民参保巩固提升计划，职工基本医疗保险覆盖用人单位及其职工，城乡居民基本医疗保险覆盖除职工基本医疗保险应参保人员以外的其他所有城乡居民。引导灵活就业人员根据自身实际，以合适方式参加基本医疗保险。实现待遇与缴费挂钩，巩固提高参保覆盖率，全市常住人口应保尽保。建立健全覆盖全民的参保数据库，实现参保信息实时动态查询。推进与公安、民政、财政、人社、住建、卫生健康、教育、司法、市场监管、税务、大数据、残联等部门的信息共享机制，避免重复参保，提升参保质量。深化医疗保险费征缴体制改革，根据国家和省部署，推进征收方式优化完善，理顺各级政府参保缴费、政府补助、困难人群资助参保等管理机制，依法落实政府、用人单位、个人、社会的医疗保障权利、义务、责任。

专栏 1 全民参保巩固提升计划

- 1.全面提升参保质量。到 2025 年，建立基本医保参保监测机制，实现常住人口应保尽保。
- 2.拓展参保缴费便民服务渠道。加强医保、税务、银行三方“线上+线下”合作，提高参保登记、基数或费款申报、缴费退费、个人查

询、转移接续等事项的便利度。

3.强化基础信息共享。利用全国统一医保信息平台，加强数据比对，健全应保未保、重复参保防范机制。加强医保基础数据治理，提升参保质量。

4.推进一次办好改革。加强部门协作，推行统筹地区社会保险单位登记互认与信息推送共享，实行医保增减员业务与相关部门和单位业务一站式办理。

（二）优化医保基金筹资运行机制

1.完善筹资分担和调整机制。适应新业态发展需要，将缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩。完善灵活就业人员参保缴费方式。建立基本医疗保险基准费率动态调整制度，并逐步执行全省统一职工基本医保基准费率制度。稳步提高居民基本医保筹资水平，优化个人缴费和政府补助结构，研究应对老龄化医疗负担的多渠道筹资政策。加大医疗救助财政投入力度，强化市县两级事权与支出责任，拓宽医疗救助筹资渠道。

2.巩固提高统筹层次。按照参保范围、筹资标准、待遇水平、基金管理、经办服务、信息管理“六统一”的标准，巩固基本医疗保险基金市级统筹成果，促进大病保险、长期护理保险、医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调。建立分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核的市级统筹管理机

制。落实属地监管责任，明确各级医保部门职责，建立分工协作机制。

3.提高基金运行绩效。根据我市经济社会发展水平，统一编制职工医保基金、城乡居民医保基金收支预算，完善基金预算编制多部门联合审核机制，提高基金预算编制科学化、规范化水平。加强预算执行监督，建立基金预算绩效管理全过程机制，提升基金预算编制和执行水平。加强基金中长期精算，构建收支平衡机制，健全基金运行风险评估、预警机制。积极引入第三方专业力量开展基金精算评估，确保基金安全平稳运行。

（三）完善医疗保障待遇机制

1.合理确定基本医疗保险待遇保障水平。坚持职工和居民分类保障、待遇与缴费挂钩，健全基本医保待遇调整机制，严格落实待遇清单制度，巩固基本医疗保险住院保障水平，提高中医药服务报销水平，合理设置不同级别医疗机构住院费用报销比例，促进分级诊疗制度实施。建立门诊共济保障机制，改革职工基本医保个人账户，提高门诊慢性病保障水平，2022年建立基本医疗保险门诊共济保障机制，2025年特定门诊慢性病医保支付比例不低于65%。

2.完善大病保险制度。稳步提高职工和居民大病保险待遇水平，提升重特大疾病保障能力，合理确定大病保险基金支出项目和标准。改革大病保险承办机制，完善承办商业保险机构

盈亏动态调节机制。规范完善职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助、企业补充医疗保险制度。

3.完善医疗救助制度。建立医疗救助对象及时精准识别机制，畅通部门间信息共享，及时科学确定救助对象、范围和标准。规范医疗救助保障范围，全面落实重点救助对象参保缴费补助政策，合理确定年度医疗救助限额，建立预防和化解因病致贫返贫长效机制，巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果，与乡村振兴战略有效衔接。强化基本医保、补充医保、商业保险和医疗救助制度衔接，梯次减负，提升困难人员大病医疗费用综合保障水平。建立大病保险、药品生产企业援助、医疗救助、慈善帮扶及城市定制型商业医疗保险相结合的综合保障模式，筑牢医疗救助托底保障防线。

4.完善长期护理保险制度。适应经济发展水平和老龄化发展趋势，全面推行长期护理保险，在现有职工长期护理保险全覆盖和南海新区居民长期护理保险试点的基础上，稳步扩大参保覆盖范围，2025年实现居民长期护理保险全覆盖。优化长期护理保险筹资结构，健全完善不同失能等级和护理模式管理服务标准体系。

5.健全重大疫情医疗救治费用保障机制。建立特殊群体、特定疾病医药费豁免制度和医保基金应急预付制度，在突发重大疫情时，实施医保基金应急预付，实行先救治、后付费，确保定点救治医疗机构不因资金问题影响救治。对特殊群体、特

定疾病有针对性的免除医保目录、支付限额、用药量等限制性条款，实施医疗保障、政府补助、医疗机构减免等综合保障措施，减轻群众后顾之忧，确保患者不因费用问题影响就医。

6.促进多层次医疗保障衔接发展。强化基本医疗保险、大病保险与医疗救助三重保障功能，完善职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助及企业补充医疗保险。加快发展商业健康保险，打造“医保+商保”融合发展模式。厘清基本医保责任边界，鼓励商业保险机构探索实施与基本医疗保险、大病保险相衔接的城市定制型商业医疗保险，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医疗商业保险短板。支持医疗互助有序发展，支持工会等社会团体、互助平台开展多种形式的医疗互助活动，加强医疗互助与基本医疗保险的衔接，稳步提高重大疾病患者保障水平，合力防范因病致贫返贫风险。

专栏2 医疗保障待遇提升工程

1.完善职工基本医疗保险制度。修订《职工基本医疗保险规定》，完善参保缴费、待遇水平、基金管理等，对参保职工等待期设置、缴费年限规定、补缴政策等方面内容进行重构，更好地保障参保人员的就医需求。

2.建立健全门诊共济保障机制。出台《威海市基本医疗保险门诊共济保障规定》，逐步将门诊医疗费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，将门诊慢性病与门诊共济保障机制有序衔接，更好解决参保群众门诊保障问题，切实减轻其医疗费用负担。

3.完善医疗救助制度。修订《威海市城乡医疗救助办法》，全面落实重点救助对象参保缴费资助政策，健全救助对象医疗费用救助机制，将医疗救助资金纳入各级财政年度预算。

4.健全长期护理保险保障体系。健全医保基金划拨、个人缴费、财政补助、社会捐赠等多渠道筹资机制，动态调整筹资标准和待遇水平。鼓励医养结合机构开展医保服务，鼓励定点机构护理服务向居家护理延伸，积极构建符合我市实际的长期照护体系。完善经办服务机制，鼓励社会力量参与长期护理保险经办服务，推进经办服务标准化、科学化、便捷化。

5.促进城市定制型商业医疗保险发展。支持和引导商业保险机构开发普惠性商业健康保险产品，用足用好税收优惠型商业健康保险个人所得税政策，丰富和完善产品体系，扩大产品供给，加强市场行为监管，有效发挥商业健康保险作用，不断减轻群众就医负担。2021年推出与医疗保障制度相衔接的城市定制型商业医疗保险产品。

四、优化医疗保障协同治理体系

（一）改进医疗保障支付机制

1.深入推进支付方式改革。充分发挥医保支付方式对医药服务市场健康发展的指引作用，完善医保总额预算管理下的按病种（病组）、按人头、按床日、按项目等多元复合式医保支付方式。不断完善DRG付费相关规则、结算办法和经办流程等，稳步扩大DRG付费实施范围。深入探索适合中医药特点的医保支付方式。推进医疗集团（紧密型医共体）医保总额打包

付费，完善不同级别医疗机构医保差异化支付政策，引导合理就医，促进基层首诊。适时将部分远程医疗服务项目纳入医保基金支付范围，完善对互联网定点医疗机构医保基金支付方式和结算管理机制。推行医疗服务与药品分开支付方式改革。

2.建立健全医保支付谈判协商机制。平衡医保基金和医疗机构利益，构建多方利益趋同的新型服务供需格局。完善“以收定支、收支平衡、略有结余”的总额预算编制机制，深化住院与门诊、药品（医用耗材）与医疗服务、统筹区内就医与转外就医等之间的分项预算机制，建立针对不同支付方式的医疗服务行为监督管理办法，健全与医疗质量、协议履行绩效考核结果相挂钩的激励约束机制，规范医保基金预付、结算管理机制。

3.创新医保协议管理。完善基本医疗保险协议管理，简化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序。完善定点医药机构履行协议考核办法，突出行为规范、服务质量和费用控制考核评价，完善定点医药机构退出机制。建立定点医疗机构医药费用监测机制，定期分析医疗机构医药费用和财务收支结构，重点监控辅助用药、检查化验收入占比等情况。加强医疗机构内部专业化、精细化管理，分类完善考核评价体系，并将考核结果与医保基金支付挂钩。支持“互联网+医疗”等新服务模式发展，将符合条件的互联网医院纳入医保协议管理，满足群众便捷化医药服务需求。

4.完善医保目录动态管理机制。合理确立基本支付范围和标准，包含药品、耗材目录，包含预防、治疗、康复、安宁疗护等医疗卫生服务项目等。严格落实国家、省医保药品目录，进一步规范中药饮片、中药配方颗粒及治疗性医院制剂使用和医保支付管理，推进医保诊疗项目管理和医用耗材准入管理改革，逐步实现市级基本医保药品、诊疗项目、医疗服务设施目录与省级目录基本一致。以谈判药品、集采药品、高血压和糖尿病“两病”用药支付标准为切入点，逐步推动药品目录管理和支付标准相衔接。

（二）完善医药价格形成机制

1.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、市集中带量采购和医疗机构自主联合带量采购的分级分类采购机制，推进药品、医用耗材集中带量采购常态化，确保中选结果及时落地实施，到2025年，各类公立医疗机构主要常用药品和高值医用耗材基本实现集中带量采购全覆盖，鼓励社会办医疗机构、定点零售药店参与集中带量采购。有序推进胶东经济圈医保一体化进程，推进跨区域联合招采，积极推进医药价格协同联动。加大采购行为监管力度，严厉整治网下采购、拖欠药品耗材货款等违规行为。完善医保支付标准、医保资金结余留用与集中采购协同机制。推进建立医保基金与医药企业直接结算机制，2025年底前实现药品及医用耗材全覆盖。

2.完善药品和医用耗材价格治理机制。全面建立定点医疗机构药品和医用耗材采购价格信息监测机制，推进交易价格信息共享，借助信息化手段实施医药价格监测，开展价格异常变动分析和预警。强化监测结果应用，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，对药品、医用耗材价格实行常态化监管，坚持质量优先、价格合理原则，遏制药品、医用耗材价格虚高。

3.完善医疗服务价格形成机制。深化医疗服务价格改革，建立目标导向的价格项目管理机制，使医疗服务价格项目更好计价、更好执行、更好评价，适应临床诊疗和价格管理需要。建立灵敏有度的医疗服务价格动态调整机制，开展调价评估，稳妥有序调整医疗服务价格，在总量范围内突出重点、有升有降。优化医疗服务价格结构，降低大型设备检查检验项目价格，提高体现医务人员技术劳动价值的项目价格，支持公立医疗机构提高医疗服务收入占比。优化新增医疗服务项目价格管理，保障患者及时获得更具临床价值、更有成本效益的医疗服务。

（三）优化医药服务供给侧改革

1.增强医药服务的可及性。发挥医保基金战略购买作用，促进医疗资源优化配置。完善区域医疗卫生规划，促进城市三级医院、县级医院和基层医疗机构分工协作，加强分级诊疗体系建设，支持大型医疗机构在县乡建设分支机构，支持医疗集

团（紧密型医共体）建设，推进基层医疗卫生机构发展，促进基层医疗卫生服务有效利用和患者有序就医。通过医保政策支持护理、儿科、老年科、精神科等紧缺专业提升医疗服务能力，支持中医药传承创新发展，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，鼓励日间手术、多学科诊疗等医疗服务发展。

2.促进医疗服务能力提升。完善定点医疗机构考核评价体系，激励约束医疗机构提升医疗服务质量效率，通过明确细化各病种诊疗规范、用药指南、临床路径，运用电子病历、知识库、智能审核、处方点评等方式，规范医疗机构和医务人员诊疗行为，使用适宜技术和药物，合理诊疗，因病施治，提升医疗服务有效供给能力。促进定点医药机构行业行为规范、成本控制和行业自律，完善适应医保支付的医疗机构医保管理制度。

3.提高医药产品保障能力。建立药品使用监测机制，落实医保谈判药品使用政策，引导定点医药机构优先配备使用医保目录内药品、国家基本药物、集中带量采购药品。严格药品监管，协同推进药品、医用耗材追溯监管，保证药品安全。建立健全短缺药品监测预警和分级应对机制，进一步做好短缺药品保供稳价，保障集中采购药品供应，确保谈判药品落地。完善药品处方流转平台，发挥执业药师作用，为购药者提供药学服

务，支持零售药店向患者提供药品保障。支持药店连锁化、专业化、数字化发展，发挥药店的独特优势和药师的作用。

4.强化协商共治机制。探索建立医保经办机构、参保人代表、医院协会、医师协会、护理协会、药师协会、药品上市许可持有人、药品生产流通企业等医保利益相关方定期协商机制，促进医药领域各利益主体协同发展，推动政策制定更加精准高效。

（四）健全医疗保障基金监管体制

1.完善医保基金监管体系。加强医保基金监管能力建设，进一步健全基金监管体系建设。强化定点医疗机构在规范医疗服务行为、合理使用医保基金和执行医保政策法规的主体责任，建立基金使用自查自纠制度，健全考核评价体系。加强医疗保障经办机构内控机构建设，落实协议管理、费用监控、稽查审核责任。充分发挥医保基金监管工作联席会议作用，加强部门联合执法、联合惩戒，综合运用司法、行政、协议等手段，严厉打击医疗保障领域欺诈骗保行为。建立健全医保基金监管问题线索向纪检监察机关移送制度，强化基金使用的监督考核与执纪问责，健全打击欺诈骗保行刑衔接机制，严肃追究违法违规单位和个人责任。健全医保基金监管执法体系，加强执法稽核人员配备，推动市县两级医保基金稽核队伍建设。

2.健全医保基金监督检查制度。全面实行“双随机、一公开”检查制度，完善智能监控、日常巡查、多部门联合检查、循环

交叉检查、重点检查、专家审查等相结合的医保监督检查制度，规范启动条件、检查内容、工作要求和工作流程，确保公开、公平、公正。市县医保行政部门建立正规化、专业化的案件查办和法制审核队伍，配置执法设备，加强执法档案管理，持续开展医疗保障执法规规范化、标准化建设活动。建立和完善政府购买服务制度，引入信息技术服务机构、商业保险机构、会计师事务所等第三方力量，协助查办欺诈骗保案件，探索实行按服务绩效付费，提升基金监管专业化、科学化、精准化水平。

3.创新医保基金监管方式。高标准建设医保综合监管系统，对医保基金进行全过程核算和全方位分析，并对基金违规问题进行预警。全面建立医保部门与定点医药机构信息对接机制，加强定点医药机构医药费用监测，定期分析医疗机构医药费用和财务收支结构，完成医保信息系统与定点医药机构信息系统的对接，实现事前提醒、事中预警、事后审核全方位、全流程、全环节监管。

4.完善医保信用评价体系。完善医保信用信息管理平台功能，建立定点医药机构、医药企业、医保医师（药师、护师）和参保人员的医保信用分类管理机制，将医保信用信息纳入“海贝分”管理，强化守信激励和失信约束。实行医保信用评价与日常检查、医保费用总额预算、医保协议管理、综合绩效考核结

果挂钩。建立失信医药机构、医保医师（药师、护师）、参保人员约谈制度和信用修复机制，依法依规实施失信联合惩戒。

5.强化社会监督机制。推动行业自律管理，支持社会各界参与医疗保障基金监管，鼓励行业协会开展行业规范和自律建设，制定并落实自律公约，促进行业规范和自我约束。健全完善社会义务监督员制度，广泛动员社会各界参与监管。完善欺诈骗保举报奖励制度，规范受理、检查、处理、反馈等工作流程和工作机制。健全信息披露制度，依法依规向社会公开医保基金使用情况、定点医药机构医药费用、药品耗材采购价格、医疗服务价格、人均住院天数、次均住院费用、违规失信等信息。健全完善医疗保障舆情分析制度、基金监管要情报告制度，发布打击欺诈骗保成果及典型案例。

6.提升行政执法工作水平。健全执法工作体系，进一步厘清行政部门和经办机构职责，加强执法队伍建设 and 执法保障，提升行政执法工作水平。完善执法程序，全面推行执法责任制，严格落实行政执法“三项制度”，促进严格规范公正文明执法。深化“放管服”改革，对全市医疗保障系统权责清单进行动态调整，完善医保政务服务事项目录。强化执法技术手段，开展监督检查能力培训，推进监管队伍专业化、规范化建设，确保医保基金监管和服务工作有效开展。

专栏 3 医保基金监管能力提升工程

1.医保监管智能化。以建设智能监管系统为依托，应用大数据手

段，实施全方位、全环节、全流程、无死角监控。开展药品、医用耗材进销存实时监控，推广视频监控、生物特征识别等技术应用，将异地就医、购药直接结算纳入智能监控范围。

2. 监控规则标准化。完善基础信息标准库、临床指南等医学知识库、智能监控规则库，完善智能监管系统功能。

3. 执法检查规范化。健全日常监管工作机制，每年对两定机构开展现场检查。加强执法人员配备，强化执法技术手段，开展监督检查能力培训，推进监管队伍专业化、规范化建设。

4. “双随机、一公开”检查常态化。全面推进日常检查“双随机、一公开”，提升监管的公平性、规范性和有效性。

5. 社会监督多元化。健全信息披露制度，畅通优化电话、网站、微信等举报渠道，完善举报奖励机制，对查实的实名举报予以奖励。动员社会力量参与监管，强化社会义务监督员队伍建设。

五、构建坚实的医疗保障服务支撑体系

（一）优化医疗保障经办服务

1. 完善医疗保障经办服务体系。完善经办管理制度，推进医疗保障公共服务标准化、规范化、一体化建设。大力推进医保经办服务向基层便民服务中心、党群服务中心及医疗机构等服务平台下沉，配备工作设施，补齐基层医疗保障公共管理服务能力配置短板，提高医疗保障经办管理服务可及性。支持有条件的地方探索利用社会资源，将服务站（点）延伸到金融机构、商业保险公司等网点。统一规范乡镇、村（社区）等医保服务站（点）服务内容清单、服务标准规范，实现医保经办管理服务无缝衔接。加强医疗机构医保管理服务体系和制度建

设，提升医保政策执行水平。建立健全经办管理服务绩效管理体系与激励约束机制，提高经办管理服务能力和效率。

2.提高经办管理服务质量。制定“一套标准体系”，出台医疗保障服务满意度测评、协议定点医疗机构医疗保障经办服务规范、医疗保障经办示范窗口评价规范、第三方服务机构绩效评价指南、长期护理保险护理等级评估指南等经办服务标准，加快推进医疗保障公共服务标准化规范化，实现医疗保障一站式服务、一窗口办理、一单制结算。推进医保经办业务“网上办”“掌上办”，将医保公共服务事项全面接入一体化政务服务平台，实现高频服务事项“跨省通办”，提高运行效率和服务质量。完善异地就医直接结算制度体系，优化直接结算流程，推进门诊统筹跨省联网直接结算，提高联网直接结算率。加快推进“互联网+医保”服务，强化健康服务管理，实现在线复诊、慢性病续方、线上医保结算全流程服务。

3.优化医保公共服务水平。合理布局服务窗口，优化完善无障碍设施，配备引导人员，提供咨询、指引、帮办代办等服务，优化网上办事流程，提升医疗保障适老服务水平。优化医保咨询服务，依托便民服务热线，开展融医保政策和经办业务咨询等功能于一体的电话咨询服务，统一管理模式、统一服务标准、统一答复口径，为参保人员和单位提供更加方便快捷的咨询服务。加强医疗保障系统行风建设，开展窗口服务满意度评价，进一步强化窗口人员服务意识，营造良好营商环境。

专栏 4 “23451”系统集成式医保经办服务管理体系

- 1.市县两级医保服务大厅全域达到省级医保经办服务标准化示范窗口要求。
- 2.采取服务大厅、网上服务、移动终端服务等三种经办方式，实现我市医保经办服务事项全部网办、掌办，办事率在全省名列前茅。
- 3.全面推行医保工作站、后台服务站、镇街便民服务站（中心）和村（社区）便民服务站等四种经办服务站点，推进经办服务下沉。
- 4.确保参保对象可在“1 公里”范围内通过进“1 扇门”在“1 个窗口”享受“1 单制”“1 站式”的“五个一”医保经办服务模式，实现我市医保经办“横到底、纵到底”的网络全覆盖。

（二）推进智慧医保建设

1.高标准建设医疗保障信息平台。坚持超前谋划，顺应医保信息化发展趋势，以全省统一的医疗保障信息平台为核心，整合分散建设的服务系统、业务系统、业务中台等，汇聚医疗保障数据资源，对服务、业务、监管、大数据分析、数据共享交换提供支撑，推进医疗保障信息化建设规划全面实施，构建整体协同、高效透明、服务精准、管理科学的“数字医保”“智慧医保”。

2.打造线上线下一体的数字医保平台。加快数字赋能，推动医保、医疗、医药线上线下融合发展，构建全市高效统一的“互联网+医保+医疗+医药”综合医疗保障服务体系。以医保电子凭证为基础，以线上医保结算为支撑，建设医保处方流转结

算服务平台。按照统一技术标准和“互联网+”医疗服务医保结算接口规范，加快各定点医疗机构信息系统改造升级，实现医保在线直接结算支付。

3.加快医保电子凭证深度推广。进一步提升医保电子凭证覆盖率，2021年实现定点药店全覆盖，2022年实现符合条件的定点医疗机构全覆盖，2025年全市参保群众激活率不低于70%。积极推动医保电子凭证在定点医疗机构使用，依托医保电子凭证线上核验功能，开展人脸识别、身份核验、刷脸支付等应用，保障老年人安全享受医保智能化服务。推进医保电子凭证在家庭共济、混合支付和信用就医等业务上的应用，“码上就医”“码上就办”等应用场景全市域实现，打造安全便民的线上医保公共服务体系。加强医保服务终端管理，推进医保基金支付安全环境建设，实现网络接入、机具终端和结算介质的全方位管理。

4.全面推行医保业务网上办、掌上办。建设独立的医保信息网络系统，实现在定点医药机构采用医保电子凭证刷卡认证，同步开发建设高值药品联网备案和结算系统，实现高值药品联网备案和结算、数据实时上传，构建线上、线下医保闭环服务体系。推动医保慢性病综合服务网络化应用平台试点工作，构建集医保部门、医疗机构（HIS）和村卫生室三级管理于一体的综合网络管理系统，实现数据信息即时同步、互联互通。健全完善异地就医联网结算平台，推进门诊统筹跨省联网

直接结算，进一步推进省内一卡、一码通行，实现省内异地刷卡医药机构全覆盖。

六、规划保障与组织实施

（一）加强组织领导

坚持和加强党的全面领导，增强“四个意识”，坚定“四个自信”，做到“两个维护”，把党的领导贯彻到医疗保障改革发展全过程。深入领会习近平总书记关于新时代医保工作重要论述，强化思想引领，提高政治站位。充分发挥各级党组织在推进全市医疗保障事业发展规划实施中的作用，加强领导班子和干部队伍建设，激励干部担当作为，全面调动干事创业的积极性、主动性和创造性。加强基层党组织建设，引导广大党员发挥先锋模范作用，让党旗在基层一线高高飘扬，实现党建和业务工作融合发展，为实现新时代医疗保障事业高质量发展目标任务提供坚强的组织保证。

（二）推进协同联动

建立医疗保障领域部门协作联动机制，深化“三医联动”，加强医保与发改、人社、财政、卫生健康、民政、税务、市场监管、公安、审计等部门的沟通协调，破除部门“信息孤岛”，加强信息互通共享。推进经办服务部门合作，实现覆盖参保人员全生命周期的医保便捷服务。完善基金监管协作联动工作机制，形成打击欺诈骗保行为的部门合力，有效提升医疗保障基金安全保障水平。

（三）健全工作机制

深刻认识和准确把握外部环境的深刻变化和医疗保障改革面临的新情况新问题新挑战，将落实医疗保障制度改革纳入保障和改善民生的重点任务，结合实际制定切实可行的政策措施，科学把握规划重点和难点，落实时间表和路线图，统筹安排、协同推进各项任务。进一步健全科学民主决策机制，切实把社会期盼、群众智慧、专家意见与基层经验吸收到“十四五”医保建设中来。加强医保、医疗、医药制度政策之间的统筹协调和综合配套，确保各项重大政策在推进落实中顺畅高效。

（四）强化法治保障

深入学习习近平法治思想，弘扬社会主义法治精神，加强法治医保建设，为医疗保障事业发展营造良好的法治环境。加强行政规范性文件和重大行政决策制定和监督管理，健全合法性审查、公平竞争审查、风险评估、清理退出等机制，发挥法律顾问等第三方机构决策咨询作用，落实依法决策要求。完善权责清单，规范行政执法，健全医疗保障执法公示、执法全过程记录、重大行政执法决定法制审核等制度，强化对行政权力的监督制约，规范医疗保障管理服务，维护群众合法利益。加大普法力度，提高全社会医疗保障法治思维和法治意识，严格尊法、学法、守法、用法。

（五）开展跟踪评估

建立规划实施跟踪评估机制，组织实施规划中期和终期实施进度和效果情况评估，重点评估规划是否达到既定目的效果，及时发现规划实施过程存在的问题不足，研究解决对策。重要改革事项要广泛听取意见，开展社会风险稳定性评估。鼓励多方参与，引入第三方评估，确保规划部署落到实处。

（六）加强宣传引导

充分利用广播电视台、报刊、互联网、新媒体及微信公众号、宣传栏等载体，面向两定机构和广大参保人员开展医保政策法规宣传，加强政务公开，注重正面宣传、科学引导，及时回应社会关切，增强全社会对医疗保障工作的普遍认知、认同与支持，努力为医疗保障“十四五”规划顺利实施营造良好社会氛围。

做好医疗保障工作，对于保障改善民生、提高人民健康水平、不断满足人民群众日益增长的美好生活需要具有重要意义。威海市“十四五”医疗保障事业发展规划，是引领未来五年全市医疗保障事业发展的行动纲领。全市医疗保障系统要牢记习近平总书记以人民为中心的发展理念，在市委市政府的坚强领导下，奋力谱写医疗保障高质量发展威海篇章，为圆满完成威海市“十四五”医疗保障事业发展规划确定的各项目标任务，加快建设“精致城市·幸福威海”而努力奋斗！