

文山州“十四五”全民医疗保障规划

文山州医疗保障局

2022年6月

目 录

第一章 “十三五” 回顾.....	1
第二章 指导思想、基本原则和主要目标.....	4
第一节 指导思想.....	4
第二节 基本原则.....	4
第三节 发展目标.....	5
第三章 全民医疗保障主要任务.....	8
第一节 提升全民医保参保质量.....	8
第二节 促进稳健可持续筹资运行机制.....	9
第三节 构建多层次医疗保障制度体系.....	11
第四节 落实管用高效医保支付机制.....	15
第五节 构建严密有力基金监管机制.....	17
第六节 协同深化医药服务供给侧改革.....	20
第七节 推动文山自制符合条件药品纳入医保支付.....	22
第四章 全民医疗保障服务支撑体系.....	23
第一节 建设高效便捷医疗保障服务体系.....	23
第二节 全面推动“智慧医保”落地应用.....	25
第三节 加强医保人才培养.....	27
第五章 规划实施保障措施.....	28

文山州“十四五”全民医疗保障规划

为深入贯彻党中央、国务院和省州党委政府决策部署，推进文山州“十四五”经济社会平稳健康发展，增进群众民生福祉，强化医疗保障服务能力，依据《中共云南省委 云南省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》、《云南省“十四五”全民医疗保障规划》和《文山壮族苗族自治州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》编制本规划。

一、“十三五”回顾

“十三五”期间，文山州逐步建立起与市场经济体制相适应的医疗保障制度，形成了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、医疗互助等共同发展的多层次医疗保障制度，有效解决了人民群众看病就医的后顾之忧。

一是**应保尽保取得突破**。全面实施医疗保险全民参保计划。“十三五”末，文山州参加基本医疗保险378.23万人（其中：城镇职工参保22.75万人，城乡居民参保355.48万人），比“十二五”末356.57万人增加21.66万人。2020年，基本实现参保全覆盖。

二是**医保制度体系更加完善**。整合城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗两项制度，建立统一的城乡居民基本医疗

保险和大病保险制度，完善城镇职工基本医疗保险政策，合并实施生育保险，统筹城乡居民医疗救助制度。实现城乡居民医疗救助制度与医疗保险制度的有机衔接，商业保险与政策保险融合发展。

三是医保付费方式改革向纵深推进。协同推进医保支付方式，扎实开展总额预算下的打包付费、单病种付费支付方式，实施区域点数法总额预算和按病种分值付费国家付费改革试点工作，合理调整医疗服务价格，贯彻落实国家组织药品和耗材集中带量采购。

四是基金监管取得新突破。2019年以来，全州全覆盖检查定点医药机构4083家次，行政处罚9件，追回医保基金3327.87万元，打击欺诈骗保的高压态势基本形成。建立内控制度和行政执法制度，统一全州执法文书，建立行政执法监督制度，依法行政水平得到提升。

五是医保服务大局作用凸显。助力脱贫攻坚，实现既定人群脱贫目标，确保全州建档立卡贫困人口650225人实现100%参加基本医疗保险和大病保险，住院报销比例达到90%以上，有力化解因病致贫、因病返贫问题。全力做好疫情防控，共拨付医疗保障专项基金2250万元，保障新型冠状病毒感染肺炎集中救治定点医疗机构资金周转。

六是医保服务能力不断增强。实现统筹区内参保人员医保费用“一站式”结算服务，积极推进医疗保险跨省异地结算，有效解决异地就医参保人员“跑腿报销”、垫付医疗费用增加经济负担重和报销周期长问题。全面推行医疗保险业

务网上办理，推行缴费基数、单位参保登记、人员变动等业务网上办理，实现手机 APP 缴纳城乡居民参保费。全面推广使用医保电子凭证看病就医，全州申领医保电子凭证 144.52 万张，占参保人员的 38.24%。

七是群众获得感显著提升。统一基本医疗保险门诊特殊病慢性病病种管理服务和城乡居民高血压、糖尿病“两病”门诊用药保障，对儿童血液病、儿童恶性肿瘤等 10 种发病率高的疾病提高基本医疗保险待遇。国家集中采购药品、谈判药品加速落地，国家集中采购药品价格平均下降 54%。城镇职工政策范围内住院报销比例达 87.69%、高于全省 86.94% 报销比例，城乡居民政策范围内住院报销比例达 76.97%、高于全省 73.33% 报销比例。

“十三五”期间，文山全民医疗保障事业取得了长足发展，但也必须清醒认识到，存在推进全民参保有待加强、管理服务流动人口难度大、疾病谱变化加剧、筹资空间与需求增长的矛盾不断显现、基金监管和运行风险问题突出、医疗保障经办能力和经办水平还有待提高等问题。在“十四五”时期，要坚持问题导向，围绕文山“三个示范区”的发展定位，切实增强历史责任感，抢抓医疗保障事业改革发展的机遇，砥砺奋进，不断完善更加公平、更有效率、更可持续、更加安全、更加便捷的医疗保障制度体系，为文山力争到“十四五”末经济总量实现“两个 5”，各县（市）排名进入全省同类别“第一方阵”，打好民生基础。

二、指导思想、基本原则和主要目标

（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，全面贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，坚决落实省、州两级党委和政府深化医疗保障制度改革的决策部署，坚持以人民健康为中心的发展思想，深入实施健康文山战略，坚持新发展理念，以更好保障人民医疗健康需求为根本目标，推动制度体系更加成熟定型，引导医药服务供给侧资源配置，建设公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医保，推动全州医疗保障工作高质量发展。

（二）基本原则

--坚持党的领导、创新治理。坚持和完善党领导医疗保障工作的体制机制，坚持和完善中国特色医疗保障制度，牢牢把握新发展阶段的要求，贯彻新发展理念，坚持制度的统一性和规范性，构建新发展格局能力和水平，为医疗保障制度成熟定型提供根本保证。

--坚持以人为本、共享发展。坚持人民主体地位，坚持共同富裕方向，深化医疗保障制度改革，推进医疗保障事业发展，始终做到发展为了人民、发展依靠人民、发展成果由人民共享，增进人民福祉，促进社会公平，不断实现人民对美好生活的向往。

--坚持覆盖全民、保障基本。将基本医疗保障作为基本权益依法覆盖全民，遵循普惠公平、互助共济、权责匹配，

持续推动制度规范统一。坚持尽力而为、量力而行，实事求是确定保障范围和标准，防止保障不足和过度保障，稳定发展预期。

--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。发挥医保战略购买作用，加强大数据治理和政策集成，增强改革的整体性、系统性、协同性，提高医保基金使用效率。防范化解基金运行风险，提高资金运行安全水平。

--坚持共建共治、系统集成。坚持政府、市场、社会协同发力，促进多层次医疗保障有序衔接，强化医疗、医药、医保多主体协商共治，增强联动改革的整体性、系统性、协同性，促进医药服务体系健康发展，提高协同治理水平。

（三）发展目标

到 2025 年，全民医保参保质量全面提升，基本完成待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管和医药服务供给、医保管理服务等关键领域的改革任务，使人民群众有更多获得感、幸福感、安全感。

--建设公平医保。基本医疗保障更加规范统一，覆盖范围和质量稳中有升，各方权利义务责任对等均衡，待遇保障机制更加公平适度。医疗保障待遇清单制度有序实施，医疗保障范围和标准与经济社会发展水平更加适应，制度间、人群间差距逐步缩小，医疗保障公共服务可及性显著提升。

--建设法治医保。坚持普法与依法治理相结合，全社会医保法治观念明显增强，制度政策法治化程度明显提升，单

位和个人依法参保缴费，定点医药机构管理更加透明高效，行政执法进一步规范，长效监管机制全面形成，多主体协商的共建共治共享机制更加健全。

--建设安全医保。医疗保障安全网更加密实，群众医疗保障安全感显著提升。基金安全稳健，医疗保障信息平台安全运行，数据安全持续强化，防范化解因病致贫返贫长效机制基本建立。

--建设智慧医保。医疗保障管理数字化、智能化水平显著提升。医保电子凭证普遍推广，信息化、标准化进一步加强，智能监控应用更加稳定高效，“互联网+医保”服务持续完善，传统服务方式和线上服务方式共同发展，就医结算更加便捷。

--建设协同医保。多层次医疗保障作用协同发挥，分层分类保障有机衔接，医保支付机制更加管用高效，医疗、医保、医药高质量协同发展，人民群众能够获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

“十四五”时期文山州全民医疗保障发展主要指标

分类	指标	2020年基数	2025年目标	指标属性
参保覆盖	基本医疗保险参保率	98.36%	≥97%	约束性
基金安全	基本医疗保险（含生育保险）收入	43.91亿元	收入规模与经济规模更加适应	预期性
	基本医疗保险（含生育保险）支出	36.55亿元	支出规模与经济发展水平、群众疾病健康需求相适应	预期性
保障程度	城镇职工医保政策范围内住院报销比例	85%	保持稳定	约束性
	城乡居民医保政策范围内住院报销	70%	保持稳定	约束性

分类	指标	2020年基数	2025年目标	指标属性
	比例			
	重点救助对象符合规定的医疗费用住院救助比例	70%	保持稳定	预期性
	城乡居民大病保险政策范围内基金支付比例	不低于60%	保持稳定	预期性
	个人卫生支出占卫生总费用的比例	27.07%	保持稳定	约束性
精细管理	实行按疾病诊断相关分组付费或按病种付费的住院费用占全部住院费用的比例	——	不低于70%	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	——	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
	药品集中带量采购品种（个）	112	实现集中带量采购药品达500个品种以上	预期性
	高值医用耗材集中带量采购品种（类）	5	实现集中带量采购高值医用耗材达5类以上	预期性
优质服务	住院费用跨省直接结算	50%以上	70%以上	预期性
	医疗保障政务服务事项线上可办率	——	80%	预期性
	医疗保障政务服务事项窗口可办率	——	达到100%	约束性
其他	基本医疗保险基金在基层医疗机构占比	16%	稳步提高	预期性

展望2035年，坚持以人民为中心的发展思想，尽力而为、量力而行，在全面建成中国特色医疗保障制度体系的基础上，文山州实现待遇保障公平适度，基金运行稳健持续，药品耗材价格稳中有落，经办服务高效便捷，医疗、医保、医药协同治理格局总体形成，全民医疗保障向全民健康保障积极迈进。

三、全民医疗保障主要任务

(一) 提升全民医保参保质量

坚持“保基本、全覆盖、重质量、兜底线、可持续”的工作原则，巩固与扩大基本医疗保险覆盖面，从人人参保到人人稳定参保，从制度参保到实际获得，覆盖范围和质量稳中有升。

扎实推进全民参保。一是**推进实施全民参保计划**。落实用人单位和职工依法参加城镇职工基本医疗保险的义务和责任，引导非从业人员依法参加城乡居民基本医疗保险。完善政策措施和优化经办服务，加强与人社、税务、公安等部门对接协调，进一步加强摸排及促保力度。二是**实现参保动态精准管理**。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。利用医保信息平台，加强数据比对，确保流动就业背景下参保人员不断保、不漏保。三是**健全重点群体参保机制**。全面落实低保、特困、易返贫致贫人口等困难群众分类资助参保政策，完善大学生、灵活就业人员、退役军人等特殊人员参保衔接机制，实现各类人员参加基本医疗保险制度，应参尽参。

优化参保缴费服务。一是**建立统一医保业务经办体系**。按照统一的平台支撑和标准规则，构建统一的医保业务基础管理信息化支撑体系，形成符合医疗保障业务经办系统一体化应用格局。二是**服务城乡居民参保缴费**。积极发挥乡镇（街道）在参保征缴中的作用，加强税务部门、医疗保障和商业

银行等“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。在推广“非接触”缴费基础上，为特殊人员参保缴费提供更加便捷、高效的渠道。做好跨统筹地区参保人员基本医疗保险关系转移接续工作。

落实医疗保障待遇清单制度。严格落实国家医疗保障待遇清单，规范医疗保障项目内涵、保障范围、政策标准、保障措施等，在清单授权范围内制定医疗保障政策，坚持规范决策权限，实现决策权限清晰合规、制度体系统一规范、保障标准合理均衡。统一全州门诊住院待遇标准，执行统一的基本医疗保险药品目录、耗材、医疗服务项目和服务设施范围，实施公平适度保障，纠正过度保障和保障不足问题。

专栏1 完善公平适度的待遇保障工程

(1) 全面实施基本医疗保险全民参保计划。定期调度全民参保计划工作进展情况，全面摸清各类未参保人员底数，分片区对精准扩面工作进行督导。充分运用全民参保数据，以灵活就业人员、农民工为重点，定期分析城镇职工、城乡居民基本医疗保险参保情况。通过联合检查、监察执法以及大数据监管、信用核查等方式，实现参保群体“应保尽保”。

(2) 合理确定基本医疗保险待遇。合理确定职工门诊和城乡居民门诊待遇标准，优化门诊费用保障，确保职工和城乡居民门诊资金。

(二) 促进稳健可持续筹资运行机制

建立与全州社会经济发展水平相适应、与各方承受能力相匹配、与基本健康需求相协调的筹资机制，分类实施各类筹资政策，优化医疗保障筹资结构。加强基金预算管理和风

险预警，切实提高基金共济能力、抗风险能力，制度运行更加安全平稳，更好满足参保群众基本医疗保障需求。

健全科学有效的筹资机制。一是**完善省级统筹制度**。按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的标准，巩固基本医疗保险、大病保险省级统筹，实施医疗救助省级统筹。二是**促使筹资相对均衡**。健全医保参保缴费政策，逐步均衡不同主体的筹资责任，坚守互助共济本质，稳步实现责任共担、相对均衡、稳定可持续的筹资机制。三是**完善筹资动态调整机制**。规范缴费基数，合理确定费率，实行动态调整。

分类实施筹资政策、优化筹资结构。一是**合理确定城镇职工基本医疗保险缴费标准**。城镇职工医保由用人单位和职工按照规定共同缴纳基本医疗保险费，单位缴费率为职工工资总额的6%左右，职工缴费率为本人工资收入的2%左右，可根据基金收支结余情况动态调整费率标准；按照规定缴费年限缴纳城镇职工医保费用的退休人员不再缴纳基本医疗保险费用；无雇工的个体工商户、未在用人单位参加城镇职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员由个人按照规定缴纳基本医疗保险费。二是**严格执行城乡居民基本医疗保险缴费标准**。除城镇职工基本医疗保险应参保人员或按规定享有其他保障的人员以外的全体城乡居民参加城乡居民基本医疗保险。参加城乡居民基本医疗保险由个人缴费与政府补助相结合，对特困供养人员、城乡低保对象、稳定脱贫户、脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户、

丧失劳动能力的一、二级重度残疾人（含三级残疾中的智力和精神残疾）居住在边境一线行政村的农村重点优抚对象、边境一线行政村的农村居民等国家规定的特殊困难人员按规定标准资助参保。

加强基金预算管理和风险预警。一是**全面实施预算绩效管理**。城镇职工和城乡居民医保基金分别建账、分账核算，科学编制医疗保障基金收支预算。二是**加强基金中长期精算**。设计医疗保险财务分析与预警指标体系，科学规划基金管理权限。构建收支平衡机制，健全基金运行风险评估、预警机制，保障基金平稳运行。三是**加强风险评估和预警**。逐步将人口结构、发病率、医疗费用变化因素纳入风险评估体系，巩固应对突发重大公共卫生事件的风险保障机制，健全基金运行风险评估、预警机制，构建基金运行监管长效机制。

专栏 2 稳健可持续的筹资运行工程

（1）提升医保基金预算编制和执行水平。全面推行基金预算绩效管理，建立基金收支平衡机制，提升基金分析决策与监管能力。

（2）持续优化筹资机制。完善责任均衡的多元筹资机制，完善适应人口老龄化的多渠道筹资机制，拓宽医疗救助筹资渠道。

（三）构建多层次医疗保障制度体系

着力构建以基本医保为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助协同发展的医疗保障制度体系，进一步增强保障能力，更好满足人民群众多层次、多样化的医疗保障需求。

完善基本医疗保险制度。一是**完善基本医疗保险制度和**

政策体系。严格执行国家医疗保障待遇清单制度，制定符合全州实际的医疗保险基本制度、基本政策、基金支付项目和标准。巩固实施城乡居民门诊统筹，改革城镇职工基本医疗保险个人账户，建立城镇职工门诊统筹，不断完善住院统筹政策。**二是保障参保人员待遇。**贯彻落实国家和省关于城镇职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见，持续抓好“两病”门诊用药保障政策落地。城镇职工医保门诊政策范围内支付比例不低于 50%，统筹区内县、乡、村医疗机构城乡居民医保门诊政策范围内支付比例不低于 50%。城镇职工医保政策范围内住院报销比例不低于 85%，城乡居民医保政策范围内住院报销比例不低于 70%。城镇职工基本医疗保险最高支付限额达到 10 万元，城乡居民不低于 15 万元。

完善补充医疗保险制度。一是**完善和规范职工大额医疗费用补助、居民大病保险等补充医疗保险。**完善大病保险筹资、支付、管理、经办服务等政策标准，有效解决参保人员高额医疗费用报销问题，减轻自付费用负担。二是**合理确定待遇标准。**城乡居民大病保险的起付标准不高于统筹地区居民年人均可支配收入的 50%；城镇职工大额医疗费用保险政策范围内支付比例不低于 90%，城乡居民大病保险政策范围内支付比例不低于 60%；对符合条件的城乡低收入人口及稳定脱贫户，大病保险起付标准降低 50%，支付比例提高 5 个百分点。合理确定大病保险最高支付限额。

完善医疗救助制度。一是**建立医疗救助对象及时精准识别机制。**加强部门协同，实行各类困难群众身份信息共享，

及时将符合条件的困难群众纳入到医疗救助范围。针对不同困难类型，实施分层分类救助。规范救助费用的范围，合理确定救助标准，积极引导社会力量参与救助保障。二是**全面落实资助参保缴费政策**。按照民政、残联、退役军人局等相关部门精准识别确定的救助对象，根据国家制定的资助标准，给予参保资助。三是**健全重点救助对象医疗费用救助机制**。重点救助对象在定点医疗机构发生的符合规定的住院费用，对经基本医疗保险、大病保险和其他保障措施报销后的个人负担部分，在年度救助限额内按不低于70%的比例给予救助；根据医疗救助资金统筹规模，适当提高年度救助限额。四是**完善重大疾病医疗救助政策**。优化重点人群重大疾病医疗救助标准，防范和化解因病致贫返贫，增强医疗救助托底保障功能。

落实重大疫情医疗救治费用保障政策。一是**落实临时综合保障政策**。在重大疫情防控期间，对于州域内各类医疗机构接诊的、符合卫生健康行政部门疾病诊疗方案的确诊及疑似患者，所发生的医疗费用纳入临时综合保障。二是**落实重大疫情医疗救治医保支付政策**。按照国家规定，在突发疫情等紧急情况时，确保医疗机构先救治、后收费，医保基金先预付、后结算，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，确保患者不因费用问题影响就医。三是**执行临时扩大保障范围的政策**。认真执行国家和省在重大疫情时出台的有针对性政策和措施，落实国家重大疫情特殊群体、特定疾病医药费豁免制

度。

加强多重医疗保障制度政策衔接。一是强化基本医疗保险、补充医疗保险与医疗救助三重保障功能。完善和规范城乡居民大病保险、城镇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。二是推动商业健康保险发展。鼓励商业保险机构提供包括医疗、疾病、康复、照护、生育等多重保障的综合性健康保险产品或服务，丰富健康保险产品供给。三是鼓励社会慈善捐赠。将促进慈善医疗发展列为多层次医疗保障体系建设的必要内容。

做好医保政策与乡村振兴战略衔接。继续巩固拓展好脱贫成果，精准细致做好纳入防止返贫人口参保缴费，有效衔接乡村振兴，动态监测农村低收入人口参保缴费情况，确保应保尽保。全面对标对表国家和省的政策标准，严格落实“摘帽不摘责任、摘帽不摘政策、摘帽不摘帮扶、摘帽不摘监管”要求。加强与民政、乡村振兴等部门的信息共享，建立高额费用负担患者监测预警机制，健全防范化解因病返贫致贫的长效机制。

专栏3 重点人群医疗保障体系工程

(1) 重点解决重度失能人员基本护理保障需求。加强与卫健、民政、残联等部门康复、护理、残疾救助和支出型贫困救助等相关政策的衔接，合力提高重度失能人员保障能力。

(2) 完善脱贫人口待遇保障政策。根据国家和省要求，制订文山巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略实施细则，逐步实现由集中资源支持脱贫攻坚向统筹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，特困供养人员实现100%参保。

(3) 扎实做好低收入人口及稳定脱贫户医疗救助工作。充分发挥医疗救助的托底保障作用，对经基本医保、大病保险、医疗机构减免后低收入人口及稳定脱贫户政策范围内个人自付住院医疗费用，再适当提高救助比例，进一步编密织牢医疗托底保障安全网。

(四) 建立管用高效医保支付机制

全面落实总额预算管理。全面实施按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，推进基本医疗保险基金区域点数法总额预算按病种分值付费改革。

积极推进付费方式改革。一是完善多元复合支付方式。提升DIP国家试点改革工作质量，协同推进实施床日付费、打包付费、单病种付费支付方式，积极探索更好发挥中医药特色优势的中医优势病种支付方式。完善紧密型县域内医共体打包付费，建立“总额包干、结余留用、合理超支自担”的正向引导激励机制。增强支付方式改革与医疗服务协同性，引导医疗机构主动控制成本，严控目录外不合理费用增长。二是贯彻落实医保药品、医用耗材、医疗服务项目等支付管理政策。全面执行医保药品目录、医用耗材目录、医疗服务项目及限定支付范围、医疗服务设施支付范围及标准，引导规范医疗服务行为。三是全面执行互联网+医疗服务的医保支付政策。根据国家和省统一部署，将符合条件的互联网医疗机构为参保人提供的常见病、慢性病线上复诊服务纳入医保基金的支付范围，诊疗费和药费医保负担部分，实现在线直接结算，为参保人提供方便、快捷的医保服务。四是力推谈判药品“双通道”政策落地生效。将国家医保谈判药品（含同通

用名仿制药和生物类似药)全部纳入“双通道”保障药品范围,并根据国家医保谈判药品调整情况动态调整,同时将符合门诊医保支付使用的文山州职工、城乡居民基本医疗保险门诊慢性病用药纳入“双通道”保障范围。

完善医保两定机构协议管理。一是规范“两定”机构协议管理办法。按照全省统一的经办服务规程,优化定点申请、专业评估、协商谈判等程序,建立两定机构绩效考核机制和退出机制。定点医疗机构存在重大信息变更、医保协议续签、中止、解除等情形,应提前向经办机构申请,并实行动态管理。二是不断完善协议管理平等协商谈判机制。简化优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序,营造公平、公正、公开的协议管理环境。下放协议管理权限,畅通医药机构纳入协议管理入口。三是加大监管力度。修订完善定点医药机构履行协议考核办法,建立行为规范、服务质量和费用控制考核评价,切实落实不符合条件医药机构退出机制。加强医疗机构内部精细化管理,实现管理程序化、标准化、数据化、信息化。四是积极引导服务协议机构不断创新服务方式和内容。更好为广大参保群众提供优质医药服务,使医疗服务行为、就医购药行为、经办管理行为更加规范。

专栏4 探索医保支付方式改革工程

(1) 落实“互联网+”医疗服务的价格和支付政策。探索推进互联网医院与两定机构协同发展的融合管理办法,支持“互联网+医疗”等新服务模式发展。

(2) 全面推进多元复合式医保支付方式改革。全面推进区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP),树立“有实效、可复制、能推

广”的高阶目标，统筹推进各项工作，不断提高付费精准度。有效控制医疗费用不合理增长，引导医疗卫生资源合理配置，保障参保人员基本医疗需求，推进医保基金平稳高效运行。

（五）构建严密有力基金监管机制

健全医疗保障基金使用监督管理制度，提升医保基金监督检查能力，守住基金风险底线，保障基金安全平稳运行。严厉打击各类欺诈骗保，加强跨部门联合执法，鼓励社会各界参与医疗保障基金监督，营造全社会关注并自觉维护医疗保障基金安全的良好氛围，确保医疗保障基金安全高效、合理使用。

构建基金监管长效机制。一是**夯实法制基础**。全面深入实施《医疗保障基金使用监督管理条例》及国家、省制定的其他医保管理规章，制定符合我州州情的医保工作管理办法及制度。二是**规范行政执法**。严格执行行政处罚程序规定，全面落实《云南省医疗保障行政处罚裁量基准规则》，加强执法监督，建立完善行政执法公示、执法全过程记录、重大执法决定法制审核等制度。三是**推进监管制度改革**。深入贯彻落实《推进医疗保障基金监管制度体系改革重点任务清单》，健全医保、卫生健康、公安、市场监管、审计等部门和法院、检察机关共同参与的联席会议制度。加强信息共享互通，强化部门联动，建立医疗保障信用评价管理机制，实施守信激励和失信联合惩戒，提高定点医疗机构诚信意识。完善全州统一的定点医药机构协议管理制度，建立定点医药机构动态管理和准入、退出机制。

建立健全基金监督检查制度。一是完善监督检查制度。建立健全协议管理、智能监测、行政检查“三位一体”监管体系。完善日常全覆盖巡查、专项检查、重点检查、专家审查等相结合的多形式检查制度，规范检查启动条件、工作要求和工作流程。做到行政执法信息公示制度不断健全、执法行为过程记录、执法全程可回溯、重大执法决定法制审核全覆盖。二是完善“双随机、一公开”¹监管制度。建立健全监督检查范围、监督检查对象、检查重点、检查内容社会公示制度，健全动态随机抽取机制，科学抽取执法人员，确保行政执法公开、公平、公正。三是推进基金监管方式创新。开展基金监管信用评价，探索建立信用评价“红黑名单”制度，落实医疗机构信用惩戒。推进政府购买第三方服务参与基金监管，借助信息技术服务机构、商业保险机构等，提升监管的专业性、精准性、效益性。

完善社会基金监督制度。一是健全社会参与共治机制。鼓励和支持社会各界参与医保基金监督，实现政府监管和社会监督、舆论监督良性互动。建立信息披露、公示制度，经办机构定期向社会公告基金收支、结余和收益情况，接受社会监督。二是建立医保基金社会监督员制度。聘请人大代表、政协委员、群众和新闻媒体代表等担任社会监督员，对定点医药机构、医保经办机构、参保人员等进行广泛深入监督。三是健全完善举报奖励制度。畅通投诉举报渠道，建立规范受理、检查、处理、反馈等工作流程和机制。邀请新闻媒体

¹ 在监管过程中随机抽取检查对象，随机选派执法检查人员，抽查情况及查处结果及时向社会公开。

参与明察暗访等工作，通过新闻发布会、媒体通气会等形式，发布打击欺诈骗保成果及典型案例。健全全州举报奖励财政预算制度，确保奖励经费保障。

提升基金监督检查能力。一是**完善内控机制**。严格按照相关要求完善内部控制制度，围绕基金收支、管理、监督等各个环节，全面梳理基金内控风险点，建立风险防控台账，落实防控措施。完善经办流程控制，建立定期对账、费用两级审核、管控评估等管理机制，强化职能审核运用，加强对基金支出审核工作，进一步提高维护基金安全的自觉性，从源头上防范风险。二是**健全网格化管理能力**。按照属地管理和“谁签约、谁负责”的原则，实行层层负责制，实现横向到边、纵向到底的监管格局，应用监管成效考核促进监管责任落实到位。

专栏5 医保基金监管全覆盖工程

(1) 系统监控全覆盖。以智能监控为依托，应用大数据手段，实现全方位、全环节、全流程、无死角监控。

(2) 现场检查全覆盖。健全常态化日常监管工作制度，坚持每年开展一次全覆盖式现场监督检查，对辖区内全部定点医药机构开展检查。

(3) 飞行检查全覆盖。配合上级医保部门、联合相关部门组织开展飞行检查。

(4) 社会监督全覆盖。畅通优化电话、网站、微信等举报渠道，完善举报奖励机制，实名举报线索凡接必查，查实必奖。动员社会力量参与监管，强化社会监督员队伍建设。

(5) 深入开展专项治理。持续保持高压态势，在实现定点医药机构检查抽查全覆盖的基础上，聚焦假病人、假病情、假票据等“三假”问题，深入开展打击欺诈骗保专项整治行动，实施基金监管存量问题

“清零”行动。

(6) 监管责任全覆盖。充分发挥医保行政监管、经办稽核等力量，加强与卫健、公安、纪检监察、审计等部门的协同配合，发挥综合监管机制作用，构建监管合力。认真开展医保基金监管集中宣传月活动。

(六) 实施医药服务供给侧高质量发展

充分发挥药品、医用耗材集中带量采购在深化医药服务供给侧改革中的引领作用，完善医药服务价格形成机制，强化医疗服务供给，推进医保、医疗、医药联动改革系统集成，加强政策和管理协同，不断激发医药服务供给侧活力，保障群众获得优质实惠的医药服务。

常态化开展国家药品、医用耗材带量采购工作。组织全州各级各类医疗机构积极主动参与联盟采购。完成国家组织集中药品、耗材带量采购任务，积极参与州（市）级联盟药品、耗材集中带量采购，有序推进州级和州内医疗机构联盟药品、耗材集中带量采购。落实医保资金结余留用政策，激励医疗机构和医务人员合理使用中选产品。

完善医药服务价格形成机制。一是规范医疗服务价格。全面规范医疗服务价格项目、价格行为，从严控制新增医疗服务价格项目，维护患者合法权益。梳理完善现行医疗服务项目和医保支付相关政策，规范项目内涵，持续推进医疗服务项目管理。二是建立健全医疗服务价格动态调整机制。加快推进全州公立医疗机构部分医疗服务项目价格调整落实落地。合理确定价格调整总量，在总量范围内突出重点、有升有降调整医疗服务价格。做好医疗服务价格调整监测评估

基础工作与动态调整机制实施情况的绩效评价工作，加强评估成果应用。三是完善药品及医用耗材价格形成机制。建立以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制，完善药品、医用耗材挂网采购政策，治理药品、高值医用耗材价格不合理现象。建立公平公开竞争的市场价格形成机制。探索对公立医疗机构销售的医保目录外药品实施基准价格制度，开展医药价格信息、产业发展指数的监测与披露工作，建立医药价格和招采信用评价制度。

建立健全医药价格监测制度。一是完善药品价格常态化监管机制。建立药品价格供应异常变动监测预警机制和药品成本调查机制，完善药品供应和采购信息共享机制，定期监测药品价格和供应变化情况，建立全覆盖的药品价格信息监测体系。二是完善医用耗材价格治理机制。加强公立医疗机构医用耗材的价格采购信息监测，提升医用耗材价格异常变动的分析预警应对能力，强化医用耗材价格常态化监管，遏制医用耗材价格虚高。

专栏6 深化医药服务价格改革工程

- (1) 积极稳妥地开展改革试点工作。统筹推进公立医院补偿机制、分级诊疗、医疗控费、医保支付改革等相关改革，形成综合效应。
- (2) 医药企业信用评级项目。实施信用评级项目，将在定价、投标、履约、营销等过程中，牟取不正当利益的医药企业纳入医药价格和招采信用评价范围。根据失信行为的性质、情节、失效、影响等因素，将招标采购市场的失信情况评定为一般、中等、严重、特别严重四个等级，每个季度动态更新。
- (3) 建立灵敏有度的价格动态调整机制。明确调价的启动条件和约束条件，搞好价格检测评估和监督检查，确保价格机制稳定运行。

（4）探索中药饮片价格形成机制。紧紧围绕深化中医药卫生体制改革目标与文山州中药产业发展，积极探索多方参与的中药饮片价格形成和动态调整机制，通过中药饮片综合指数的变动，公布用药饮片价格信息，明确医保支付环境，提高中药饮片价格信息透明度，营造公平、公开的中药饮片销售市场环境。

（七）推动文山自制符合条件药品纳入医保支付

全面推进“健康文山”建设，贯彻落实国家支持生物医药健康产业发展措施，以《基本医疗保险药品目录》为基础，根据目录药品的调整权限和程序，积极推荐具有文山民族特色、使用广泛、疗效好，符合条件的民族药、医院制剂、中药饮片纳入医保支付范围。

支持文山生物医药产业的发展。一是利用和发挥区域特色医药资源优势。充分发挥文山独特的原料资源、市场的集散辐射功能、科研的创新支撑、品牌的影响力等优势，推动创新产品推广应用，助力生物医药产业高质量发展，打造具有文山州特色的生物医药产业新地标。二是促进中医药事业的健康发展。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。推动质量可靠、疗效确切的中药饮片和医院制剂更大的发展和使用的空间。满足人民群众对临床效果好、安全有效、使用方便、价格合理的中药饮片和医院制剂的治疗需求。

推进文山更多民族药、院内制剂和中药饮片纳入医保支付范围。积极推进我州药品生产企业生产的以文山三七为主要原料的系列药品、中药饮片（配方颗粒）和医疗机构院内中医药制剂进入医保目录。优先将功能疗效明显、特色优势

突出的医疗机构炮制使用的中药饮片、制剂实行自主定价，争取将针灸、治疗性推拿等中医非药物诊疗技术扩大纳入医保支付范围，适当提高中医药服务的医保报销比例。

专栏7 文山自制药品纳入医保支付计划

(1) 支持中医医疗机构纳入医保定点。及时将符合条件的中医医疗机构纳入医保定点范围，鼓励各类符合条件的中医医疗机构纳入跨省异地就医直接结算范围。

(2) 推进自制药剂纳入医保支付。推荐将疗效和成本有优势的民族药、院内制剂和中药饮片以及中医特色医疗服务项目按规定程序及时纳入基本医疗保险支付范围，满足参保人的用药需求。

四、全民医疗保障服务支撑体系

牢牢把握高质量发展的主题，以解除全体人民的疾病医疗后顾之忧为根本目的，聚焦群众医保需求，完善医疗保障经办管理和公共服务体系，实现公共服务人性化，业务经办一体化，监督管理智能化，社会协作多元化，决策依据数字化。医疗保障政务服务事项线上可办率达到 80%，医疗保障政务服务事项窗口可办率达到 100%。

(一) 建设高效便捷医疗保障服务体系

深入推进“放管服”改革，补短板、堵漏洞、强弱项，加强医疗保障服务经办能力建设，简化经办流程，为人民群众提供更加便捷、优质、高效、精细的服务。

全面提高医疗保障服务水平。一是加快医疗保障服务标准化建设。按照国家医保经办大厅设置与服务规范要求，加快经办大厅（窗口）、政务服务事项、经办流程标准化建设

进程。落实医疗保障经办服务事项清单，实现经办服务事项名称、事项编码、办理材料、办理时限、办理环节、服务标准“六统一”，并利用多种渠道向社会公开。推进标准化窗口和示范点建设，细化到每个环节，为群众提供良好办事环境。二是健全医疗保障经办服务体系。合理配备服务网点，优化完善无障碍设施，建立全州统一的医疗保障经办管理体系，制定和完善经办制度，探索推进乡镇（街道）、村（社区）设立医疗保障经办窗口，推动服务下沉，方便群众办事。三是规范医疗保障服务流程。进一步优化医疗保障经办流程，整合服务环节、压缩办理时间，按照服务质量最优、所需材料最少、办理时限最短、办事流程最简“四最”要求，取消法律法规及国家政策要求之外的办理环节和材料。实现省域内基本医疗保险、补充保险、医疗救助“一站式”结算。为服务对象提供高效、便捷的医疗保障服务。

推进提升医疗保障服务效能。一是建立健全跨区域医疗保障管理服务协作机制。实现“基本医疗保险参保信息变更”、“城乡居民基本医疗保险参保登记”、“基本医疗保险关系转移接续”、“异地就医结算备案”、“门诊费用跨省直接结算”、“医保定点医疗机构基础信息变更”、“生育保险待遇核定与支付”等7项政务服务事项跨省通办。二是推动医疗保障服务便捷化。落实政府服务事项网上办理，通过窗口端、移动端、自助终端、服务热线等多种服务模式，深化“国家医保服务平台”应用。推进医保经办服务与网上政务服务平台的有效衔接。实现医疗保障热线服务与“12345

政务服务便民热线”相衔接。三是提升医疗保障服务质量。聚集热点难点问题，优化明确便民服务措施，实施“热心、真心、耐心、贴心、暖心”五心服务法。开辟绿色通道，畅通为老年人代办的线下渠道，提升医保适老服务水平。抓好“好差评”制度落实，保证每个差评都得到整改，形成评价、反馈、整改、监督全流程衔接，推动医疗保障服务质量不断提升。

专栏 8 医疗保障服务提升工程

(1) 经办标准化窗口建设。全面落实全国医疗保障管理服务窗口标准规范，制定示范窗口评定标准，规范服务，实现全州县（市）级以上医保经办标准化窗口全覆盖。

(2) 经办服务示范窗口建设。在全州 8 县（市）开展医疗保障经办服务示范窗口评选工作，建设 1-2 个县（市）级医疗保障经办服务示范窗口。

(3) 基层示范点建设。严格按照国家制定的评定标准，面向乡镇（街道）和村（社区）两级，开展全州医疗保障基层服务示范点建设，推动医疗保障经办服务下沉，建设 2-3 个省级医疗保障基层服务示范点。

(4) 定点医疗机构示范点建设。开展全州医疗保障定点医疗机构示范点建设，推动精细化管理，提升参保人员就诊就医体验，建设 2-3 个省级定点医疗机构示范点。

（二）全面推动“智慧医保”落地应用

围绕“智慧医保”建设，加快医保数字化改革。坚持以全省医保信息平台为主体，全面推进我州医保信息化建设。发挥信息技术在优化医疗保障要素和治理中的作用，逐步提升我州医保精细化管理水平和优质化服务能力。

深化医保智能应用。一是建立和完善医保智能监控系

统。全面引入视频监控、人工智能、生物特征识别等技术，实现监管关卡前移。依据精准智能的医保监控体系、内控指标管理体系，有效落实“事前提醒，事中控制，事后审核”的全流程监控机制。实现构建精确监控的医保管理模式，达到医保、医疗、医药三者和谐统一的目的。二是**积极推动数据应用创新**。完善医保大数据系统，对医疗保障信息平台进行全平台数据采集，并进行统一分析，形成各类分析报表，最终通过大屏、网页、手机客户端等方式进行多样化的数据可视化展示。从而监控整个医疗保障信息平台的运行情况，实现基金监管从人工抽单审核向大数据全方位、全流程、全环节智能监管转变。

提升智能数字服务。一是**完善“互联网+医保”管理服务**。完善“互联网+医保”服务定点协议管理。健全“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策，形成比较完善的“互联网+医保”政策体系、服务体系和评价体系。二是**推广医保电子凭证普遍应用**。加大医保电子凭证功能的宣传力度，提高社会公众对电子凭证的认知度。充分发挥医保电子凭证基础技术支撑作用，丰富医保电子凭证应用场景，实现医保移动支付，在全州所有医保经办机构和定点医药机构推广使用，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。

专栏9 全面建设“智慧医保”工程

- (1) **网上办、掌上办**。利用“互联网+”技术，实现让数据多跑腿，让群众少跑腿，打造“网上医保办事中心”“指尖上的医保服务中心”。
- (2) **智慧医保管理服务示范点建设**。按照省局要求，加强标准化、

规范化、系统化智慧医保管理服务建设，争取成为建设示范点，提升经办管理服务数字化、智能化水平。

（三）加强医保人才培养

坚持政治引领，强化使命担当，优化队伍结构，提升队伍能力素质。进一步完善考核评价机制，充分发挥激励鞭策作用。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。

提升人才队伍政治素质。把政治标准和政治要求贯穿融入队伍建设全过程各方面，加强政治历练，强化政治担当，站稳政治立场，提升政治素养，强化重点岗位权力监督，着力锻造忠诚干净担当的高素质人才队伍。

加强人才队伍配备及培训。加强医保经办服务人员科学配置，有序引进高素质专业化人才，畅通人员晋升渠道，稳定经办人才队伍。制定全州县（市）医保系统人员教育培训中长期规划，坚持多形式分级分类举办各类业务培训，加深各级医保经办人员对医保政策的理解，有效提升医保干部职工、医保业务经办人员业务水平和工作能力。

抓好人才队伍廉政建设。注重抓早抓小、防微杜渐，实施靶向监督，紧盯重要岗位、重点人员、重大任务加强全方位教育管理。定期组织开展警示教育，以案示纪、以案示法，防范廉政风险。加强基层医保普法宣传教育，提升群众法治意识和法律素养，引导全社会增强医保法治意识。

五、 规划实施保障措施

“十四五”时期，文山州医疗保障事业改革发展任务艰巨，必须广泛动员各方力量，完善保障措施，努力实现本规划确定的各项目标任务。

（一）加强组织领导

切实加强党对医保工作的全面领导，把党的领导贯彻到医疗保障改革发展全过程，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。按照国家、省局、州委政府统一部署，研究解决深化医疗保障制度改革重大问题，结合实际抓好落实。加强监督考评，实行跟踪监测，及时掌握和分析研判规划实施情况，确保规划落实。

（二）强化财政保障

加强中期财政资金规划与医疗保障事业发展规划实施的衔接协调，推动建立与医疗保障事业相匹配的政府预算安排机制。各级医疗保障部门要积极争取财政部门对医疗保障事业的支持，加大医疗保障专项资金投入，支持重大项目的实施。

（三）加强统计监测

健全统一管理、分工负责的统计工作体制，畅通数据采集渠道，建立现代统计调查体系。搭建统计分析交流平台，完善统计分析和决策咨询机制。运用互联网、大数据技术提高统计数据的准确性、及时性和全面性。健全规划实施统计

监测评估机制，强化对规划实施情况的跟踪监测和情况分析。

（四）加强宣传引导

发挥规划的战略导向作用。要加强对医疗保障重大方针政策的宣传引导，做好政策宣传解读，切实维护本规划在文山州医疗保障事业发展中的指导性、权威性、严肃性和执行力。构建传统媒体和新媒体相结合的全媒体宣传新格局，畅通基层宣传渠道，积极营造有利于规划实施的舆论氛围。