

沈阳市“十四五”医疗保障事业发展规划

为深入贯彻党中央关于全面建立中国特色医疗保障制度的精神,全面落实《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》,按照《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》和《沈阳市国民经济和社会发展规划第十四个五年规划和二〇三五年远景目标纲要》等文件要求,为推动沈阳医疗保障事业高质量发展和健康沈阳建设,结合我市实际,制定本规划。

一、规划编制背景

(一)党中央国务院的决策部署。党中央、国务院高度重视医疗保障工作。党的十九大以来,习近平总书记五次主持中央深改委会议,专题研究医保工作。习近平总书记指出,要加快建立覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度的多层次医疗保障体系。党的十九大报告提出,要完善统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度,全面建立中国特色医疗保障制度。十九届四中全会提出,要坚持和完善统筹城乡的民生保障制度。十九届五中全会明确了健全多层次社会保障体系、健全筹资和待遇调整机制、积极发展商业医疗保险等要求,为医疗保障事业发展指明了方向。“健康中国 2030”纲要提出“共建共享、全民健康”是建设健康中国的战略主题,共建共享是基本路径,全民健康是根本目的。提供公平可及、系统连续的健康服务,实现更高水平的全民健康,就需要

充分发挥医疗保障的“再分配”作用,通过医疗保障事业的不断发展推动“健康中国”战略的实施。

(二)建设健康城市的现实要求。市委、市政府坚持以人民为中心,始终把人民群众的获得感、幸福感、安全感作为衡量各项工作的重要标尺,全力办好惠民实事,努力建设人民满意的幸福城市。推进新时代沈阳全面振兴、全方位振兴,“开展健康沈阳行动,打造健康沈阳品牌”与贯彻新发展理念高度一致,与国家医疗保障改革服务支撑全面推进健康中国建设的目标契合,与沈阳努力建设国家中心城市同向发力,为沈阳市医疗保障事业发展带来新的重大机遇。

二、“十三五”时期的工作回顾

(一)“十三五”时期主要成绩

“十三五”时期,是沈阳市医疗保障事业发展重大变革时期,为贯彻落实党中央深化党和国家机构改革的重大决策部署,市委、市政府组建沈阳市医疗保障局,开启了沈阳市医疗保障事业高质量发展的新篇章。“十三五”时期各项任务全面完成。

完善医疗保障制度建设。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框架基本形成。全面整合城乡居民医保和大病保险制度,实现市级统筹管理,在覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理和机构人员方面实现“七统一”。职工医保与生育保险合并实施,基金共济能力和抗风险能力显著增强。规范

医疗救助制度,实现医疗救助“一站式”即时结算,医保扶贫成效明显,紧紧围绕“基本医疗有保障”的目标,助力打赢脱贫攻坚战。

基本医保参保率稳定在 95% 以上。建立参保数据比对工作机制,摸清应参保、特别是困难群体的底数,精准推进重点群体参保工作。截至 2020 年末,我市基本医保参保人数达到 741.5 万人,其中,职工医保人数 355.1 万人,居民医保人数 386.4 万人,与 2015 年参保人数 699.6 万人相比,增加了 42 万人,增长幅度达到 6%,全市基本医保参保率保持在 95% 以上。

医保待遇水平不断提高。逐年提高居民医保政府补助标准,由 2015 年的每人每年 380 元提高到 550 元,提高幅度达到 45%。推进职工及居民医保门诊统筹制度,落实居民医保“高血压、糖尿病”门诊用药保障政策。逐步扩大门诊特慢病、危急重症门(急)诊抢救、国家谈判高值药品门诊费用纳入统筹基金支付的范围,进一步减轻参保人员门诊费用负担。基本医保统筹基金最高支付限额由 10 万元提高到 15 万元。职工大额补助保险最高限额由 35 万元提高到 45 万元,城乡居民大病保险筹资标准由每人每年 25 元提高到 70 元,大病保险医疗费用补偿不设封顶线。医保范围内住院费用报销比例职工医保为 79.8%,居民医保为 68.4%。实现了跨省异地就医直接结算。我市作为“4+7”试点城市开展药品集中采购,中选药品顺利实施带量集中采购,按照国家和省医保局部署,使药品带量采购常态化,通过动态调整医疗服务价格而使医

疗服务价格结构更加合理。

医保支付能力持续增强。持续深化医保支付方式改革,开展以疾病诊断相关分组付费(DRG)为主、按定额、病种、人头、床日等的多元复合式医保支付方式,形成可复制、可推广的医保支付经验。DRG 付费试点医院由 9 家扩大到 30 家,险种由职工医保覆盖到居民医保,实现现行 DRG 付费与 CHS-DRG 模拟付费双轨并行管理,基金使用效率由平均 66% 增至 99%,轻症住院人次得到有效控制,医保支付能力持续增强。

医保服务能力建设不断加强。开展“互联网+医保”服务,创新网上办事模式,搭建医保网办系统,实现参保续保、申报核定、个人权益信息查询、“两定”机构申报等业务的“不见面”办理;推出沈阳智慧医保 APP、智慧医保微信公众号移动端服务平台,开展医保“掌上办”便捷服务,实现了医保业务自助办理、预约挂号、扫码购药、诊间付费、消息推送等功能,全方位满足了我市参保人员的医保服务需求。开通 96856 语音电话系统,实现了医保卡电话挂失、账户和待遇信息查询、门诊统筹定点设置、业务预约、政策来电咨询等 31 项功能。

基金监管成效显著提升。基金收支总体平衡,运行情况良好。加强医保基金监管,高压态势打击欺诈骗保行为,实施跨部门协同监管,积极引入第三方监管力量,强化社会监督。建立监督检查常态机制,实施大数据实时动态智能监控与实地检查有效结合,实现全过程监管,严肃查处大案要案等。

疫情防控救治及时有效。落实“两个确保”，实现“三个等同”，向定点救治机构拨付应急周转金 4550 万元，向符合条件的公立定点医院拨付过渡周转金 6.78 亿元。全力保障沈城百姓新冠病毒疫苗接种，按照我市 2020 年 12 月份参保人数 741.5 万人、疫苗费用 180 元/人、接种费用 20 元/人的标准，按 80% 比例核算全年预算资金 11.9 亿元。

疫后助力市场经济复苏贡献突出。疫情期间制定企业减征政策，对企业职工医保的单位缴费部分减半征收，在保证参保人员待遇不受影响的前提下，减轻企业负担，稳定社会预期，支持企业复工、复产和稳岗，职工医保企业减半征收核定户数 9.4 万户、人数 144.7 万人、金额 14.7 亿元。同时，协调多家保险机构，向医大一院、盛京医院等 141 家医院共 11.96 万名一线防疫医护人员捐赠商业保险，保险金额最高为 50 万元/人，总保额达 348 亿元。

（二）“十三五”时期存在的问题

“十三五”时期我市医疗保障事业取得了较大成绩，得到了上级党委政府和社会各界的肯定，但对照党中央国务院的决策部署和人民美好生活需要尚有差距。

基金可持续运行压力较大。我市职工医保抚养比为 1.47:1，仅为全国平均水平的一半。从基金收入看，参保扩面空间有限，基金收入难以大幅增长；从基金支出看，群众医疗需求呈刚性增长趋势，随着放开二胎、三胎政策后的生育基金支出及老年群体医疗费用的增长，给医保基金可持续运行带来较大压力。

新业态就业者的参保权益问题。互联网共享经济催生了网约车司机、快递外卖骑手、网络主播等新行业,由于劳动关系不稳定、平台企业责任缺位等原因,庞大的新业态就业人员普遍存在参加职工医保的动力不足和时常断缴问题,亟待各方综合发力,完善相关社会保障政策法规。

医保治理体系还不完善。《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》部署了七大方面的改革任务,赋予医保工作更多职责,但现有机构编制与工作职能匹配度还不够,县(市)机构设置与市级统筹管理模式不协调,基金监管力量相对薄弱等矛盾较为突出,机构改革有待继续推进。

医保基金监管能力不平衡。医保工作涉及利益主体多,基金监管形势复杂、难度加大。监督执法人员严重不足,监督执法人员专业结构不合理,犯罪分子的作案手段日趋多样化、隐蔽化,执法人员监管措施和防范手段的单一,都严重影响了打击骗保行动的深入开展。

三、“十四五”时期面临的形势

《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确了医疗保障制度改革的总体思路、发展目标和工作任务,对我市编制“十四五”医疗保障事业发展规划具有重要指导意义。“十四五”时期是我国全面建成小康社会的巩固期,是由全面建成小康社会向基本实现社会主义现代化迈进的第一个五年,是实现我市医疗保障事业高质量发展的关键期,是全民医疗保障的第一个五

年规划。随着我市经济社会发展进入新的阶段,我市医疗保障事业发展在“十三五”时期打下的良好基础上,既面临着各级政府及社会各界的高度关注,也面对着人民群众对美好健康生活提出的多层次、多样化的需求挑战。当前,人口深度老龄化、疾病谱变化以及医药服务供需矛盾等因素给人民健康形势带来挑战,迫切需要在大健康、大保障理念的引领下,坚持政府主导、部门协同、社会参与,坚持全程保障、改革创新、均衡发展、公平可及、共建共享的原则,在更高层次、更全方位、更宽领域为健康沈阳行动提供高质量医疗保障服务。

四、“十四五”时期总体要求

(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,全面贯彻落实党的十九大、十九届二中、三中、四中、五中全会精神,以及习近平总书记关于医疗保障与健康中国建设有关重要讲话精神,按照《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》提出的“1+4+2”总体改革框架要求,坚持以人民健康为中心,谋划好我市“十四五”医疗保障事业发展规划,保障人民群众获得公平、可及、优质的医疗资源,全面建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系,实现病有所医的保障目标。

(二) 基本原则

——坚持党的领导、集中统一。始终坚持党对医疗保障工作的领导,不断完善中国特色医疗保障制度,坚持制度的统一性和规

范性,强化制度刚性约束,牢牢把握新发展阶段要求,为医疗保障制度成熟定型提供根本保证。

——坚持政府主导、协同高效。统筹谋划,协调推进,汇聚改革合力,有效整合社会资源,建设多层次医疗保障体系。增强医疗、医保、医药联动改革的整体性、系统性、协同性。

——坚持人民至上、应保尽保。基本医疗保险依法覆盖全民,实事求是确定保障范围和标准。增进民生福祉,促进社会公平,推进共同富裕。

——坚持稳健持续、防范风险。提高基金统筹共济能力,防范和化解基金运行风险。科学确定筹资水平,均衡各方缴费责任,加强统筹共济。

——坚持治理创新、提质增效。坚持传统服务方式和智能化应用创新并行,提高医保治理社会化、法治化、标准化和智能化水平。

(三)发展目标

开展健康沈阳行动,打造健康沈阳品牌,推动以“治病为中心”向以“人民健康为中心”转变,将按照“腾空间、调结构、保衔接”的原则,以降药价为突破口,协同推进医疗服务价格、薪酬制度、医保支付以及精细化管理等综合改革,确保群众负担总体稳定、医保基金可承受、定点医药机构健康发展可持续。充分发挥医保基金战略性购买作用,加快推进医疗、医保、医药联动改革,构建协同高效的医保治理体系,着力解决群众看病难、看病贵的问题,实现人人享有更加公平可及、系统连续、优质高效的全方位全周期

医疗保障服务,我市医疗保障发展事业保持在全国前列。“十四五”时期,医疗保障制度建设将在发挥分散疾病风险功能的基础上,更加关注多层次与整体性的健康保障需求,进一步增强参保人员的获得感。到 2025 年,基本形成公平适度的待遇保障机制,群众更加公平享有医保基本权益初步实现。

进一步提高保障水平,打造公平医保。完善参保缴费政策,参保人员、用人单位和政府等各方责任更加均衡,全面建立可持续的筹资机制,进一步完善新业态从业人员的参保缴费政策,城镇职工和城乡居民政策范围内住院费用报销比例分别达到 80% 和 70% 以上,稳步推进长期护理保险制度。协同推进省级统筹,推动待遇政策公平统一,医保制度碎片化问题解决取得实质性进展。

进一步深化供给侧改革,打造协同医保。持续推进多元复合式的医保支付方式改革,不断完善按疾病诊断相关分组付费的国家试点改革任务。探索符合市情的门诊付费方式,做好普通门诊、门诊慢特病、住院付费的有效衔接,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,实现医疗保障和医药服务高质量协同发展。

进一步优化医保服务,打造智慧医保。全面推广沈阳智慧医保平台,将医保公共服务惠及全市群众。医保关系转移接续、异地就医直接结算服务更加便捷,“互联网+医疗健康”医保服务不断完善,医保电子凭证普遍推广,不断提升公共服务均等化水平。

进一步强化监管成效,打造法治医保。强化定点医药机构准

入退出机制,完善智慧监管平台建设,开展具有针对性的各类专项整治活动。行政执法更加规范,医疗保障制度法治化程度明显提升。全社会医保法治观念明显增强,充分发挥行业自律和社会监督作用。

进一步防控基金风险,打造安全医保。健全基金监管体制机制,以零容忍的态度严厉打击欺诈骗保。确保基金运行更加安全稳健,信息安全管理持续强化,防范和化解因病致贫返贫长效机制基本建立,医疗保障安全网更加密实。

进一步提升群众福祉,打造健康医保。推动健康沈阳医保行动,实现居民的健康管理与危急救治相统一、医疗机构的技术提升与分级诊疗相统一、基金管理的安全规范与精准高效相统一,人民群众就医满意度明显提升。

专栏1 “十四五”时期主要指标与预期目标				
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	95%	>95%	约束性
基金安全	基本医疗保险基金收入(亿元)	190.6	收入规模与经济规模更加适应	预期性
	基本医疗保险基金支出(亿元)	160.4	支出规模与经济发展水平、群众基本医疗需求相适应	预期性
保障程度	职工基本医疗保险政策范围内住院费用报销比例	79.8%	保持稳定	预期性
	居民基本医疗保险政策范围内住院费用报销比例	68.4%	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%	保持稳定	预期性
	个人卫生支出占卫生总费用的比例(%)	28.67%	27%	约束性

指标维度	主要指标	2020年	2025年	指标属性
精细管理	实行按疾病相关分组和按病种付费的住院费用占全部住院费用的比例	居民70%， 职工78%	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	85%	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	67%	80%	预期性
	药品集中带量采购品种(个)	244	>500	预期性
	高值医用耗材集中带量采购品种(类)	2	>5	预期性
优质服务	住院费用跨省直接结算率	70%	>70%	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	—	100%	约束性

五、“十四五”时期主要任务

到2025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、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。完善医保信息化和标准化建设,构筑坚实的医保管理服务支撑体系,建立健全统一、高效、兼容、便捷、安全的医保信息系统。全面深入推进支付方式改革,完善医保基金总额预算办法,实行多元复合式支付方式改革。常态化制度化推进国家药品和医用耗材带量采购,建立健全灵敏有度的价格动

态调整机制。加快推进监管制度体系改革,建立健全监督检查制度,提升监管的专业性、精准性、效益性。持续推进医疗保障人才队伍建设,打造忠诚干净担当的高素质专业化干部队伍。

(一)健全基本医疗保险待遇调整机制,健全重大疾病医疗保险和救助制度

完善基本医疗保险制度。完善覆盖全民依法参加的基本医疗保险制度,扩大参保覆盖面,坚持应保尽保、保障基本,坚持尽力而为、量力而行,坚持稳健持续、防控风险,做实基本医疗保险市级统筹,规范医保支付政策。根据国家统一部署,利用国家统一医保信息平台基础信息管理子系统实时核对功能,及时查询参保人缴费状态。联合税务部门完善参保缴费服务,减少重复参保缴费,加大参保缴费宣传引导力度,拓展多样化的参保缴费渠道,提高参保缴费政策知晓度,提升服务便利性。

改革职工医保个人账户,合理确定个人账户计入办法和计入水平,建立健全门诊共济保障机制,从高血压、糖尿病等群众负担较重的门诊慢性病入手,逐步将多发病、常见病的普通门诊医疗费纳入统筹基金支付范围。

专栏2 深入实施全民参保计划

1. 合理确定年度参保扩面目标,全面做好参保扩面对象登记工作;
2. 完善参保政策,加强宣传引导,巩固提高参保率;
3. 对纳入医疗救助范围的各类困难群众参加居民医保予以分类资助,实现应保尽保;
4. 全面落实持居住证参保政策,引导非本地户籍常住人口在居住地参保;2025年,全市基本医疗保险参保率稳定在95%以上。

落实待遇清单管理制度。严格执行国家、省基本医疗保险待遇清单管理制度,明确“保基本”的内涵、待遇边界政策调整的权限、决策制定的程序,完善与社会经济发展相适应的基本医疗保险制度,健全基本医疗保险待遇调整机制。适时调整职工医保慢性病、特殊疾病、特殊检查治疗项目的待遇和认定标准。严格执行基本医保支付范围和标准,实施公平适度保障,纠正过度保障和保障不足问题。

健全重特大疾病保险制度。完善大病保险筹资机制,强化个人缴费责任,合理确定大病保险基金支出范围和标准,巩固大病保险报销水平。健全困难群众大病保险倾斜机制,梯次减轻大病患者医疗费用负担。规范大病保险管理模式,提高经办服务能力,加强资金使用监管。稳步提高大病保险筹资标准,逐步提升保障水平。

完善重大疫情医疗费用保障机制。建立重大疫情救治周转金制度,依据疫情医疗救治需要及时向救治机构预拨周转金,确保医疗机构先救治、后收费。健全重大疫情防控医保支付政策,按照省局要求及时将疫情救治所需药品、医疗服务项目临时纳入医保支付范围。统筹医保基金与公共卫生服务资金使用。对乡镇卫生院(社区卫生服务中心)等基层医疗机构实施差别化支付政策,实现公共卫生服务和医疗服务有效衔接。

统一规范医疗救助制度。完善基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重保障功能,全面实行“一站式”即时结算,住院医疗救

助比例达到 70%。有效衔接乡村振兴战略,推动建立防止因病致贫返贫长效机制。建立医疗救助对象精准识别机制,全面落实低保对象、特困供养人员等重点救助对象参保补助政策,完善救助对象动态核查机制,将符合条件的救助对象及时纳入救助范围。进一步细化医疗救助政策,完善医疗救助协同联动机制,合理控制困难群众政策范围内自付费用比例,提升困难群众重大疾病医疗费用救助水平。

专栏3 实施重大疾病救助工程

1. 建立救助对象及时精准识别机制,加强部门协同,做好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医疗救助范围;
2. 健全防范化解因病致贫返贫长效机制,强化高额医疗费用支出预警监测,依申请落实综合保障政策;
3. 进一步完善医疗救助制度,加大财政投入力度,合理控制困难群众政策范围内自付费用比例。

发展商业补充保险。鼓励发展商业健康保险,推进“医保+商保”融合发展,探索健康保险发展新模式,支持各类主体开发、设计以职工医保、居民医保参保者为对象,投保无年龄、健康状况、职业类型等前置条件,保费与个人疾病风险脱钩的产品。积极推动健康保险产品与健康管理的相互促进,提升商业健康保险服务水平,优化商业健康险理赔流程,逐步推动实现保险产品的性价比高、可及性强,提升参保对象满意度。探索推进基本医疗保险、商业健康保险“一站式”结算。

巩固医保扶贫成果。巩固完善大病保险倾斜支付政策,对农

村贫困人口大病保险起付线降低 50%、报销比例达到 70%，不设置封顶线。加强医疗救助托底保障力度，分类分档细化贫困人口救助方案，确保农村贫困人口政策范围内个人自付医疗费用救助比例达到 70%，保持过渡期内医保扶贫政策相对稳定。持续完善农村贫困人口参保机制，实现应保必保，巩固医疗费用直接结算，便于农村贫困人口享受待遇。

建立长期护理保险框架。按照国家医保局关于长期护理保险的总体部署和要求，在“十四五”时期，基本形成适应我市经济发展水平和老龄化发展趋势的长期护理保险制度政策框架。坚持保障基本，低水平起步，以收定支，合理确定保障范围和待遇标准。坚持机制创新，探索可持续发展的运行机制，提升保障效能和管理水平。坚持统筹协调，做好与相关社会保障制度及商业保险的功能衔接，探索建立互助共济、责任共担的多渠道筹资机制。重点解决重度失能人员基本护理保障需求。做好与经济困难的高龄、失能老年人补贴以及重度残疾人护理补贴等政策的衔接。健全长期护理保险经办服务体系。完善管理服务机制，引入社会力量参与长期护理保险经办服务。

（二）健全基本医疗保险筹资机制，加强基金预算管理和风险预警

建立稳定可持续的筹资机制。健全基本医疗保险筹资机制，持续优化筹资结构，健全居民医保基金稳健可持续筹资机制，居民医保财政补助标准按照国家要求同步调整。非就业人员参加居民

医保个人按标准缴费,政府按规定补助,落实国家、省确定的年度城乡居民参保缴费标准,均衡个人、政府筹资缴费责任,优化个人缴费和政府补助结构,政府补助与个人缴费的比例控制在2:1以下。适应新业态发展,逐步完善灵活就业人员参保缴费方式,非我市户籍的灵活就业人员,未参加职工医保的,可持居住证参加居民医保。职工医保由用人单位和个人共同缴费,根据经济社会发展和基金承受能力等情况,动态调整缴费基数和费率。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,配合推动落实省级统筹。

加强医疗保险基金预算管理和动态监控。完善医保基金预算编制和管理办法,树立预算管理在基金管理中的核心地位。组建基金精算团队,选取经济学、统计学、数学、计算机、医学等专业人员,专职从事医保基金精算工作。通过调研学习、参加培训等途径提升基金精算工作能力,建立医保基金运行分析和风险预警制度。对基金运行数据进行季度、年度分析,出台精算报告。对异常数据进行核查处理,一经查实约谈定点单位进行后续处理,处理完结后做好资料归档,使精算分析工作程序化、规范化运行。对医保基金收入、支出、结余数据进行深度分析。完善医保智能监控平台,重点对门诊、住院、异地就医在医疗费用、就诊人次、次均费用、费用增长率等指标进行稽核和数据分析,发现基金潜在风险,助力基金监管,实现医保基金安全运行可持续。

(三)持续优化医保支付方式改革

严格执行医保目录动态调整机制。严格执行国家、省医保局相关政策规定和医保目录管理权限,建立医保目录动态管理机制。做好国家谈判药品落地执行,进一步完善“互联网+”医疗保险双通道管理工作,拓宽国家谈判药品使用渠道。严格执行省统一的集中采购药品、耗材医保支付标准,充分发挥医保支付的导向性作用。

专栏4 医保目录药品监测评估工程

1. 建立医保目录药品在各定点医疗机构配备、使用和监测机制,及时了解挂网、使用和医保支付情况。
2. 监测医保目录药品同治疗领域药品使用、支付、临床表现情况。建立医保目录使用效果评价机制。
3. 收集药品临床表现,评价药品安全性、有效性。加强创新药信息监测,强化对创新药创新性、经济学评价,及时评估其安全性、有效性情况。
4. 建立评估机制。组织专家建立科学的评估框架和指标体系,对药品使用相关数据进行评估。
5. 重点围绕谈判药品和新上市药品进行管理监测,推进谈判药品落地,确保谈判药品合理、规范使用。

持续深化医保支付方式改革。推进以按疾病诊断相关分组(DRG)付费为主,按床日、按病种、按人头付费等多元复合式医保支付方式改革。全面启动建设DRG改革国家示范区,按照国家医保局DRG(DIP)支付方式改革三年行动计划,聚焦抓扩面、建机制、打基础、推协同四个方面,结合我市实际做好国家医保CHS-DRG全病组付费管理工作,制定沈阳健康医保行动计划,在三年试点(2019-2021年)成功经验的基础上,坚持全险种全病组付

费,持续扩大医保基金全面覆盖,以2022年、2023年、2024年三年安排实现DRG付费住院医保基金支出占比不低于70%、75%、80%。规范医疗康复、精神疾病等按床日付费的管理;不断完善普通门诊与家庭医生签约有效衔接的人头付费方式;总结并推广紧密型医共体医保综合改革经验,完善总额预付机制,强化对基金使用的考核管理,依据考核结果实施结余留用、合理超支分担。结合我市实际,探索日间手术、日间化疗、符合中医药特点的医保支付方式,鼓励中西医同病同效同价,引导基层医疗机构提供适宜的中医药服务;结合门诊共济和个人账户改革,深化DRG支付改革,探索门诊APG付费管理。发挥医保基金战略性购买作用,助推分级诊疗的形成,建立医保基金的激励约束机制,提高医疗服务能力。

专栏5 多元复合式医保支付方式

1. 医保总额预算管理:结合医疗保险基金收支预算管理,合理确定统筹地区总额控制目标,并根据分级医疗服务体系功能划分及基层医疗卫生机构与医院双向转诊要求,将总额控制目标细化分解到各级各类定点医疗机构的管理办法。积极探索将点数法与预算总额管理等相结合,逐步使用区域(或一定范围内)医保基金总额控制代替具体医疗机构总额控制。

2. 按病种付费:以病种为计费单位,在疾病分级基础上制定病种付费标准,常用于急性住院付费,包括单病种付费。按病种分值付费是医保部门基于总额控制,对不同病种赋予不同分值,以患者出院累计分值与定点医疗机构进行费用结算的一种付费方式。

3. 按疾病诊断相关分组付费是对住院医疗服务,按疾病病情严重程度、治疗方法复杂程度和实际资源消耗水平等进行病种分组,以疾病诊断相关分组技术为支撑进行医疗机构诊疗成本与疗效测量评价。

4. 按床日付费是对于精神病、安宁疗护、医疗康复等需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病,可采取按床日付费的方式。

5. 按人头付费是依托基层医疗卫生机构推行门诊统筹按人头付费,促进基层医疗卫生机构提供优质医疗服务。

6. 按项目付费是对不宜打包付费的复杂病例和门诊费用,可按项目付费。

建立健全协商谈判机制。坚持医保基金总额预算管理,按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则,不断完善总额预算编制机制。实行住院与门诊分项预算机制,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机制,医保基金预算及结算管理机制。大力推进大数据应用,全面实现定点医疗机构电子病例传输。

(四) 扎实推进医药服务供给侧改革

常态化制度化实施国家组织药品和医用耗材集中带量采购。按照国家组织、联盟采购、平台操作的总体思路,以公立医疗机构为集中采购主体,认真落实国家和省医保局的总体部署,坚持带量采购、以量换价,招采合一、保证使用,确保质量、保障供应,保证回款、降低交易成本,依托国家组织药品和医用耗材集中采购、省际联盟、辽宁省药品和医用耗材集中采购联盟等形式,分类分批推进药品和医用耗材带量采购,实现减轻患者药费负担、净化药品流通环境、改善医药行业生态、支持公立医院改革的目标。

建立药品和医用耗材集中带量采购动态监测和激励机制。建立和完善药品的种类和价格联动机制以及部门联动、动态监测机制,从药品生产企业、配送企业、医疗卫生机构多维度开展医药价格和药品供应保障信息监测,对各医疗机构在落实集采任务中出现的供应不及时等情况做到早发现、早反馈、早建议,切实保障药品临床需求。建立药品和医用耗材集中采购周转金预付制度,督促医疗机构及时回款。完善与集中带量采购相配套的激励约束机

制,认真落实药品和医用耗材集中采购医保资金结余留用政策,合理分配结余留用资金,主要用于医疗机构相关人员绩效,激励其合理用药、优先使用中选产品。

建立健全医疗服务价格动态调整机制。按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则,充分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改革中的引领作用,实施医疗服务价格动态调整,充分体现医务人员技术劳务价值,不断优化医疗服务价格,逐步理顺医疗服务比价关系。探索医疗服务价格改革,把医疗服务价格改革融入医改大格局,坚持医保支付端改革与患者待遇端改革联动,加强医保部门与卫生健康、财政、人力资源社会保障、市场监管等部门协作,同步推进医保支付制度改革、医疗机构精细化管理和薪酬制度改革,提高医疗机构运营效率和医疗服务质量。

专栏6 医药价格监测工程

1. 完善监测体系。强化监测制度保障,注重普遍监测与深度监测相结合,开展多维度、多主体的连续监测。
2. 扩大监测范围和内容。以公立医院为主,逐步向定点社会办医药机构延伸。在监测采购价格的同时,探索向监测服务收费、要素成本等方面拓展。
3. 加强医药价格监测能力建设。开展业务培训,增加监测哨点,提升医药价格监测能力。
4. 推广监测信息数据应用。充分应用价格管理工具,开展价格分析警示,提供相关决策支持;公布价格信息,服务相关部门和社会。

(五) 加快推进监管制度体系改革

建立健全监督检查制度。推行“双随机、一公开”监管机制,

建立和完善日常巡查、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,明确检查对象、检查重点和检查内容。规范启动条件、工作要求和工作流程,明确各方权利义务,确保公开、公平、公正。建立部门联动机制,开展联合检查,形成监管合力。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,推行按服务绩效付费,提升监管的专业性、精准性、效益性。

全面建立智能监控制度。加快推进医保标准化和信息化建设,建立和完善医保智能监控系统,加强大数据应用,配合省建立集中统一智能监控系统。加强对定点医疗机构临床诊疗行为的引导和审核,强化事前、事中监管。不断完善药品、诊疗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,完善智能监控规则,提升智能监控功能。开展药品、医用耗材进销存实时管理。推广视频监控、生物特征识别等技术应用。推进异地就医、购药即时结算,实现结算数据全部上线。

建立和完善举报奖励制度。不断完善医保违法违规违约行为举报奖励制度,完善举报奖励标准,及时兑现奖励资金,促进群众和社会各方积极参与监督。畅通投诉举报渠道,规范受理、检查、处理、反馈等工作流程和机制,加强隐私保护,切实保障举报人信息安全。

建立信用管理制度。建立定点医药机构信息报告制度。建立医药机构和参保人员医保信用记录、信用评价制度和积分管理制度。创新定点医药机构综合绩效考评机制,将信用评价结果、综合绩效考评结果与预算管理、检查稽核、定点协议管理等相关联。加

强和规范医保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。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。

建立综合监管制度。建立和完善部门间相互配合、协同监管的综合监管制度,推行网格化管理。推进信息共享和互联互通,健全协同执法工作机制。对查实的欺诈骗保行为,各相关部门要按照法律法规规定和职责权限对有关单位和个人从严从重处理。建立健全打击欺诈骗保行刑衔接工作机制。

完善社会监督制度。建立完善经办机构定期公告制度。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、经办机构、参保人员等进行广泛深入监督。主动邀请新闻媒体参与飞行检查、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。

专栏7 医保基金监督管理全覆盖工程

1. 常态化日常监管:以医保行政部门为责任主体,整合行政部门和经办机构监管力量,对辖区内全部定点医药机构每年开展一次预先告知的现场检查,覆盖率100%。

2. 专项检查:结合医保大数据分析、费用审核等发现的集中问题,由医保行政部门组织制定统一的检查方案,专项检查每年不少于1次。

3. 费用审核:医保经办机构对定点医药机构申报的费用做到100%全覆盖初审,对初审通过的费用采取随机抽查的方式进行复审,其中对初审通过的年度统筹支出总费用在1亿元以上的定点医疗机构,住院费用的抽查量不低于500万元;总费用在1亿元以下的定点医疗机构,住院费用的抽查比例不低于总量的5%。

(六) 加强医保公共服务标准化信息化建设

全面贯彻落实国家医保信息业务标准化编码。健全医保信息业务编码信息维护、审核、公示、发布的常态化工作机制。打通国家业务编码标准动态维护平台与医保信息平台的对接链路,实现医保业务编码实时在经办系统中自动更新。指导医保业务编码在定点医药机构的深度应用,全面推进医保信息业务编码标准贯彻执行。加强与人力资源社会保障、卫生健康等部门在医保标准化工作的衔接和合作,推动医保标准在规范执业行为和促进行业自律等方面更好发挥作用。

建立国家、省统一的医保信息平台。持续优化运行维护体系,建立健全物理安全、数据安全、网络安全等安全管理体系和云平台、业务系统、网络等运行维护体系。以数据为核心,结合实际业务,采用大数据算法模型对数据进行多维度的统计分析,为宏观决策提供数据支撑,通过制定智能监控规则和手段,充分发挥信息统计的基础性作用,做好医保大数据收集、挖掘、分析及测算工作,不断完善医保信息平台的功能。同时,按照国家、省市要求,制定安全防护策略,保障信息安全。推进数据迁移、清洗等工作,提高数据质量。深化大数据、区块链等技术在宏观决策分析、医疗电子票据等工作中的应用,更好服务医保部门科学决策和便民服务。

专栏8 医疗保障服务示范工程

1. 实现全市经办标准化窗口全覆盖;
2. 建成医保经办服务国家级示范窗口;
3. 建设医疗保障基层服务国家级示范点。面向乡镇(街道)和村(社区)两级,推动医保经办服务下沉;

4. 建设智慧医保管理服务国家级示范点,提升经办管理服务数字化、智能化水平;
5. 建设医保定点医疗机构国家级示范点,推动精细化管理,提升参保人就诊体验。

健全医保经办服务体系,提升人民群众获得感。按照打造人民满意的医保公共服务的目标,形成省、市、区县(市)、乡(街道)、村(社区)五级医保经办服务体系。推进各项医保政策落实,提升人民群众获得感与满意度。做好疫情防控常态化的经办工作。探索开展“互联网+”医保服务;落实费用预拨,做好数据提取、分析费用结算清算;总结行之有效的便民举措在疫情结束后继续执行;实施落实药品和耗材集中采购,做好患者识别确定、支付标准实施、费用审核、报销支付等保障机制落地;全面推进 DRG 付费,保障参保人获得价格合理、质量可靠的医疗服务;全面推进异地就医直接结算工作,进一步扩大跨省门诊直接结算范围,做好门诊慢特病跨省直接结算试点工作,着力规范异地就医结算服务,进一步简化备案程序、优化备案渠道,推广 APP、微信、电话等“不见面”备案服务渠道。提高异地就医直接结算率,到 2025 年异地就医直接结算实现“应结尽结”。

专栏9 异地就医结算能力建设工程

1. 加强异地就医结算中心能力建设。制定异地就医经办业务流程、标准规范,融合业务流、资金流、信息流,提升异地就医结算中心综合协调能力,完善异地就医业务协同管理机制。扩大异地就医直接结算覆盖范围,不断提高住院费用异地直接结算率。
2. 优化跨异地就医资金预付、结算、清算流程,加强资金全链条监管,提高资金使用效率和清算效率。
3. 完善全异地就医结算信息系统,推进异地就医备案、住院和门诊费用跨省直接结算,手工(零星)报销线上线下一体化服务。

加强基金监管及数据分析,助力政策调整优化。做实参保基

础数据,强化与税务部门的协同,做好基金征缴工作;加强基金年度预算、决算及基金报表编制,构建基金运行分析体系,建立健全基金风险预警机制,确保基金平稳可持续运行;围绕基金监管治理重点,建立健全内控管理制度,形成部门之间、岗位之间、业务之间相互制衡、相互监督的内控机制;发挥医保统计的基础性作用,做好医保大数据收集、挖掘、分析及测算工作,实现统计数据质量准确全面、数据挖掘分析深入专业。

优化医保公共服务,创新经办服务方式。积极推进“互联网+医保”,将医保服务事项推送到互联网端和移动终端,推进线上线下深度融合;按照国家统一部署,加快医保信息平台建设,大力推广医保电子凭证应用,逐步实现医保经办事项线上办理;按照国家要求,踏实做好15项信息业务编码标准的信息维护工作,提高数据质量,确保编码统一,为实现医保数据互联互通奠定坚实基础;将现有医保服务电话融入全国医保服务热线,为参保人和单位提供更加方便快捷的咨询服务。

完善行风建设工作体系,规范经办管理服务行为。打造优质服务窗口,推进服务窗口标准化建设,全面推进窗口服务提质增效,为群众提供良好办事环境;按照医保系统行风建设部署要求,认真落实《全国医疗保障经办政务服务事项清单》,制定合理的运行规则、简化工作环节、规范业务操作,实现基本医疗保险、补充保险(含大额、大病)、医疗救助“一站式服务、一窗式办理、一单式结算”,实现公共服务事项简化快捷办理;深入推进异地就医结算,按照国家、省医保局工作要求,不断扩大异地就医结算种类;实施“好差评”制度,将评价结果与员工奖惩和部门绩效考核相关挂钩,推动医保经

办工作理念、制度、作风全面变革,实现全面自我提升。

专栏 10 经办服务能力提升工程

1. 健全政务服务“好差评”制度。聚焦群众关心关注的热点难点问题,进一步优化明确便民服务措施。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,推动形成愿评、敢评、评了管用的社会共识。

2. 推进医保全流程数字化服务。推动人工智能、大数据、物联网、云计算、区块链等新技术在医保管理中的运用。鼓励开展诊间结算、床边结算、线上结算。依托医保诚信记录,逐步推广先诊疗后付费,推行医保电子病历,推进医疗电子票据使用。探索建立慢性病互联网诊治、第三方药品配送上门的服务新模式。

3. 加快推进服务事项“一网通办”,全面实现医疗保障业务“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”。

4. 推进政务服务事项跨省通办。推进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高频政务服务事项跨省通办。加强部门间数据共享,提升“跨省通办”数据共享支撑能力。统一“跨省通办”医保政务服务事项的业务规则 and 标准,提高信息化水平。支持重点区域进一步拓展“跨省通办”医保政务服务的范围和深度,为区域协调发展提供支撑保障。

5. 提升适老化服务水平。针对参保登记、异地就医备案、门诊慢特病病种待遇认定、医疗费用手工(零星)报销等老年人等群体办理的高频事项,出台一批便民、利民举措。加强医保经办服务大厅和窗口管理,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,畅通为老年人代办的线下渠道,满足不会上网、不会使用智能手机老年人等特殊需要。对年龄较大、行动不便等需要照顾的特殊群体,优化完善无障碍设施,开辟绿色通道,优先办理,并提供预约服务、应急服务,积极推广“一站式”服务。优化网上办事流程,不断提升智能化服务水平,提供更多智能化适老服务。

夯实医保经办管理基础,提高医保服务效能。建立与当前医保制度相适应的经办体系,强化经办制度建设,加强医保经办治理体系建设,做到医保公共服务的便捷化、均等化,探索建立标准化、规范化经办格局;围绕经办管理服务重要领域开展集中宣传,

提高针对性和时效性；加强医保经办队伍建设，着力提高干部能力素质，加大培训教育力度，打造与新时代医保公共服务要求相适应的，对群众有温度的专业经办队伍。

健全完善医保协议管理。结合医保基金承受能力、医药供给资源配置、参保人员就医购药需求等，实施区域定点医药机构布局规划管理。

(七) 推动管理体制建设

按照《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》关于“探索推进市地级以下医疗保障部门垂直管理”的部署，根据国家局、省局指导意见，进一步理顺管理体制，建立健全权责明确、保障有力的医保管理体制，积极稳妥地推进我市县级医保机构垂直改革，确保新老体制平稳过渡。

六、保障措施

医疗保障制度是实现群众“病有所医”的关键性制度安排，要充分调动一切积极因素，创造规划实施的必要条件和良好环境，努力确保规划目标任务如期完成。

(一) 加强组织领导。医疗保障系统各级党组织要增强“四个意识”，坚定“四个自信”，做到“两个维护”，牢记“国之大者”，将全面从严治党贯穿于医疗保障部门党的建设和党内生活各方面，健全医疗保障系统责任落实。各级党委和政府要把医疗保障制度改革作为重要工作任务，加强对规划实施情况的跟踪分析和监督检查，科学部署，精心组织规划实施，促进我市医疗保障事业稳定可持续发展。

(二)加大投入力度。健全医疗保障资金分配使用管理和项目建设规范,加强资金监管和绩效评价。加强医保队伍建设,强化业务培训,提高医保业务人员工作能力和管理水平。加强医保领域执法队伍建设,充实医保监管力量。强化基层经办机构能力建设,确保医保各项工作落到实处。

(三)完善工作机制。维护规划的指导性、权威性和严肃性,加强规划管理,确保规划有效实施和全面推进。完善监督管理协作联动工作机制,强化部门联动和协同管理,形成医疗保障深化改革和系统发展的强大动力,形成打击欺诈骗保行为的部门合力,有效提升医保基金安全保障水平。

(四)营造良好氛围。全市各级医疗保障部门要大力宣传实施规划的重大意义和规划的主要内容,扎实做好医保政策解读和服务宣传,提高群众政策知晓度,及时传递医保改革成果和惠民政策。广泛听取各方对于规划的意见建议,凝聚社会共识,及时回应社会关注,合理引导预期,充分调动各方支持配合医疗保障事业发展的积极性和主动性,形成社会关心支持医疗保障事业发展的良好氛围。

(五)狠抓规划实施。建立健全规划实施监测评估机制、动态调整修订机制,加大督查落实力度,确保各项任务和重点项目有效落实与推进。有计划、分阶段对项目实施情况进行跟踪检查,重点抓好中期评估和整体评估。建立规划实施预警机制,有效应对规划实施过程中出现的重大问题。