

各县、市、区人民政府，荆州开发区，纪南文旅区，荆州高新区，市政府有关部门：

现将《荆州市医疗保障事业发展“十四五”规划》印发给你们，请认真组织实施。

2022年6月15日

## 荆州市医疗保障事业发展“十四五”规划

依据《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》（国办发〔2021〕36号）和《省人民政府办公厅关于印发湖北省医疗保障事业发展“十四五”规划的通知》（鄂政办发〔2021〕65号）要求，结合我市实际，制定本规划。

### 一、规划背景与总体思路

#### （一）发展基础

“十三五”时期，我市医疗保障工作在制度体系建设、参保扩面、经办服务管理、支付方式改革、基金监管以及医药集采等方面取得较大进展。

1. 管理体制更健全。2019年，根据机构改革管理体制设置要求，我市新组建了医疗保障行政部门，对原属于人社、药监、民政等部门的

相关职能进行整合，由医疗保障部门统一承担基本医疗保险、生育保险、医疗救助、医药价格以及药品耗材招标采购监管等职能。

2. 制度体系更完善。2017年，全市城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗制度整合，建立统一的城乡居民基本医疗保险制度，着力消除城乡差距，促进社会公平；2019年，出台全市统一的城乡困难群众医疗救助办法，医疗救助制度进一步完善；2020年，职工医疗保险与生育保险合并实施，综合管理效能进一步提升。基本医保、大病保险与医疗救助实现无缝衔接，重特大疾病医疗救助工作全面开展。

3. 基本医保实现全覆盖。“十三五”期末，我市基本医疗保险参保人数543.93万人，其中：职工基本医疗保险参保人数为70.95万人，城乡居民基本医疗保险参保人数472.98万人。按照同期常住人口计算，基本医疗保险参保覆盖率达到97%，基本实现了医保全覆盖。

4. 医保谈判药品及时纳入我市基本医保支付范围，实行门诊、住院同时保障供给的“双通道”管理；完善门诊罕见病特殊用药准入制度，门诊慢特病种数量增加到44种，保障特殊大病人员医疗待遇；落实城乡居民门诊高血压、糖尿病（以下简称“两病”）用药保障政策，符合“两病”门诊用药保障条件参保人员达32万人。特困、低保对象等重点救助对象，低收入救助对象和因病致贫家庭重病患者医疗救助政策覆盖率达到100%，实现先诊疗后付费、“一票制、一站式”结算。

5. 医保抗疫成效显著。2020年初，面对新冠疫情，我市及时采取医保费用预拨机制，支持医疗机构平稳运行；多措并举，保障参保人员就诊购药，全面落实住院患者先诊疗后结算政策，增加门诊慢特病定点零售药店，放宽门诊慢性病处方用药量，保障参保患者用药需求。落实新冠相关检测试剂集采价格，降低人民群众负担。在支持企业复工复产方面，2020年全市减征职工医疗保险缴费1.7亿元。

6. 基金监管能力得到加强。通过完善医保支付方式，积极开展按病种分值付费改革试点；认真开展打击欺诈骗保专项行动，综合运用协议管理、经办稽核、监控审核、社会监督、行政监管等多种监管方式，实现医保精细化管理，提高医疗保险基金管理使用水平。

7. 医药服务价改全面落实。“十三五”期间，落实药品集中带量采购工作，降低群众药费负担；不断调整理顺医疗服务价格，取消公立医疗机构药品、耗材加成，合理调整医疗服务价格，提升医务人员技术劳务价值。

8. 医保公共服务能力明显提升。全市各级医疗保障部门设立医保经办服务大厅，或进驻地方政务服务中心；统一医保经办服务事项，缩短经办时限，拓展网上办理；参保人员转诊转院、退休人员异地居住和异地安置均实现异地就医住院费用直接结算。

## （二） 面临形势

随着人民生活水平的提高，面对人民群众日益增长的医疗保障需求，我市医疗保障事业发展还存在一些问题和短板，主要表现在：一是医保发展不够均衡。政策需进一步完善、市级统筹还未全面实现、多层次医疗保障体系内各项制度衔接不够；信息化建设尚不能适应医保事业的快速发展。二是待遇保障不够充分。保障功能仍有短板，重特大疾病保障能力不足，慢性病保障有待加强，罕见病用药保障机制需要健全，老年群体对康复护理、长期照料等需求越来越大，长期护理保险制度亟待探索建立。三是基金运行面临压力。城镇化、人口流失、老龄化程度、慢性病患者人数增加，人民群众对医疗保障服务的个性化管理及多元诉求持续提升，与此同时，不断进步的医药技术投入临床应用，导致医疗费用不断攀升，医保支付范围及待遇需求不断扩大，医保基金支出压力日益明显。四是医保治理不够高效。医保服务支撑体系尚不健全，医保经办压力较大，管理服务能力有待提升，基层经办力量仍很薄弱，医保公共服务还不能很好满足人民群众便捷性、可及性的需求。医保执法基础较为薄弱，法治体系和基金监管长效机制还有待完善。

“十四五”时期，国家加强顶层设计，对深化医保制度改革作出了战略性安排，为医保改革发展提供了坚强政治保证。《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》确定了我国医疗保障制度体系框架、发展目标和改革任务。国务院《医疗保障基金使用监督管理条例》，为依法保障基金安全奠定了坚实基础。我省《关于全省深化医疗保障制度改革的若干措施》，为我市医疗保障制度发展指明了改革方向，明确了工作举措。国家统一的医保标准化信息平台以及人工智能、大数据、云

计算等信息技术的快速发展，医学科技、药物器械的不断创新，为医疗保障创新发展提供了重要支撑，为医疗保障高质量发展奠定了更加坚实的基础。

## 二、指导思想和主要目标

### （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，以推动荆州医保高质量发展为主题，以建设更加成熟定型的医疗保障制度为主线，以改革创新为根本动力，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，推动我市医疗保障事业高质量发展，让广大人民群众有更多获得感、幸福感、安全感。

### （二）基本原则

1. 坚持应保尽保、保障基本。基本医疗保障依法覆盖全民，坚持尽力而为、量力而行，实事求是确定保障范围和标准。着力化解群众医疗费用风险，切实提高重特大疾病医疗保障水平。

2. 坚持稳健持续、防范风险。进一步优化筹资水平，均衡政府、单位和个人缴费责任，加强统筹共济，确保基金可持续。加强医疗保障基金预算管理，防范系统性风险，引导相关主体合理合规合法使用医疗保障基金。

3. 坚持促进公平、筑牢底线。坚持依法行政，完善医疗保障经办管理规章制度和流程，体现规则公平。规范完善医药定点机构准入和退出机制，实现过程公平。推动城乡医疗保障制度筹资和待遇公平性，确保结果公平。加强与乡村振兴衔接，增强对贫困群众基础性、兜底性保障。

4. 坚持治理创新、提质增效。在医疗服务价格形成、药械集中招标采购、购买第三方力量等方面，发挥市场决定性作用。更好发挥政府职能，提高医保治理社会化、法治化、标准化、智能化水平。

5. 坚持系统集成、协同高效。推动“医保、医疗、医药”联动改革的整体性、系统性、协同性，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。加快建立健全跨层级、跨部门、跨区域、跨行业协同治理机制。

### （三）发展目标

“十四五”时期，我市医疗保障事业发展总体目标是建立更为成熟完善的多层次医疗保障体系。2022年底实现基本医疗保险市级统筹；2023年职工医保门诊共济保障制度全面实施；进一步落实跨省异地就医门诊实现直接结算；DIP支付方式进一步完善，基金监管体制机制进一步优化，医药服务价格形成机制更为完善，医疗保障协同治理体系基本形成，医疗保障公共管理服务水平明显提升。2025年，以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，大病补充保险、商业健康保险共同发展的医

疗保障制度体系基本成熟定型，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。

1. 待遇保障更加公平。全面做实城乡居民、城镇职工医保市级统筹，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，探索建立长期护理保险制度。

2. 筹资机制更加健全。医保参保缴费政策逐步完善，参保人员、用人单位和政府责任更加均衡，可持续的筹资机制全面建立。参保人员缴费意识进一步提升，适应新业态从业人员的参保缴费政策逐步完善。

3. 医保服务更加优质。以数字医保建设为依托的医疗保障公共服务惠及全市人民，扎实推动“宜荆荆恩”城市圈医疗保障一体化建设，医疗保障经办服务向基层进一步延伸，医保公共服务更加高效便捷，更加普惠均等。

4. 治理效能更加显著。医疗保障在医药服务供给侧改革中发挥更重要作用，医保基金绩效评价覆盖全市，基金支出增幅控制在合理范围，药品流通使用秩序更加规范，医保信用体系建设完善，医疗保障治理体系基本形成。

5. 监管成效更加显现。定点医药机构准入、退出机制进一步完善。依托智能监管平台建设，扩张数字监管的广度、深度、精度和联动程度。

开展各类针对性的专项整治活动，建立和完善跨部门、跨区域的联合执法，充分发挥行业自律和社会监督作用。

6. 群众就医更加满意。改革的系统性、整体性和协同性进一步增强，人民群众就医负担进一步减轻，职工医疗保险和城乡居民医疗保险政策范围内住院费用医保基金支付比例分别稳定在 81%和 70%左右。

表 1 “十四五”期间荆州市医疗保障主要发展指标

项 目	2020 年	2025 年	责任部门	指标属性
基本医疗保险参保率	96.65%	>97%	医保局	约束性
重点人群参保率	100%	100%	医保、民政、乡村振兴、卫健、退役军人事务、残联	约束性
基本医疗保险基金（含生育保险）收入水平	63.85 亿元	收入规模和全市经济发展水平更加适应	医保、税务	预期性



基本医疗保险基金（含生育保险）支出水平	59.12 亿元	支出规模与经济社会发展水平、群众医疗需求更加适应	医保、卫健	预期性
统筹基金当期结余率	——	可支付 6—9 个月	医保局	预期性
职工医保住院政策范围内报销比例	>75%	81%左右	医保局	约束性
城乡居民医保住院政策范围内报销比例	>65%	70%左右	医保局	约束性
重点救助对象政策范围内住院自付费用救助比例	>70%	>70%	医保局	预期性
定点医疗机构按	——	75%	医保局	预期性

实行按病种分值 付费的住院费用 占全部住院总费 用的比例				
公立医疗机构通 过省级平台采购 药品金额占全部 采购药品(不含中 药饮片)金额比例	——	90%	医保局	预期性
公立医疗机构通 过省级平台采购 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%	医保局	预期性
医保服务网点县、 乡(街道)、村(社 区)覆盖率	——	100%	医保局	约束性

医疗保障政务服务事项窗口可办率	100%	100%	医保局	约束性
医疗保障政务服务事项线上可办率	——	>80%	医保局	预期性
住院费用跨省直接结算率	>65%	>70%	医保局	预期性

### 三、健全多层次医疗保障制度体系

#### （一）完善医疗保险筹资运行机制

1. 完善参保机制。用人单位就业人员随单位参加职工基本医疗保险和生育保险，居民医保覆盖其他所有城乡居民。灵活就业人员可根据自身实际选择以个人身份参加职工医疗保险或城乡居民医疗保险。基本医疗保险参保不受户籍限制，积极推动非本地户籍灵活就业人员纳入参保范围。做好城乡居民医疗保险和城镇职工医疗保险的衔接，防止断保。建立相关部门数据共享交换机制，加强人员信息比对和共享，形成全民参保信息库，核实断保、停保人员情况。加强制度衔接和信息比对，避免重复参保，稳步做实全民参保计划。

## 专栏 1 全民医保覆盖项目

1. 建立参保数据信息共享机制。税务、医保、公安、民政、人社、卫健、市场、教育、退役军人事务、乡村振兴、残联等部门联动，定期比对各类群体医保增减变化信息，逐步建立多部门联通的医保参保数据库。

2. 做好重点群体精准参保工作。关注困难群体参保情况，完善分类资助参保政策，确保重点救助对象 100% 资助参保。

3. 完善医保关系转移接续政策和办理流程。适应人口流动和就业转换需要，做好全市范围跨区域就业人员、再就业人员等各类人员参保转移接续工作，加强跨区域参保信息共享。

2. 优化筹资机制。全面做实职工医疗保险缴费基数，实行缴费工资据实申报制度，落实医保待遇清单要求，科学确定费率。优化城乡居民医疗保险的筹资结构，强化居民个人缴费意识，均衡个人和财政筹资责任。建立与经济水平发展相适应的医疗救助财政保障机制，拓宽医疗救助筹资渠道，鼓励社会慈善捐赠，统筹调动工会医疗救助力量。

3. 提高基本医保统筹层级。全面落实基本医疗保险市级统筹，在做实城乡居民医疗保险市级统筹基础上，2022 年启动职工医疗保险市级统筹，做到基本医疗保险政策制度、待遇标准、基金管理、定点管理、经

办服务、信息系统等“六统一”，提高基本医疗保险区域共济能力。推进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调，实现基本医疗保险政策公平统一，增强医保基金共济能力和抗风险水平。

## （二）完善基本医疗保险待遇保障机制

推进基本医疗保险“保基本”定位，职工基本医疗保险与城乡居民基本医疗保险分类保障，基金分别建账、分类核算。落实国家医疗保障待遇清单制度，科学把握基本制度、基本政策、基金支付项目和标准，防止过度保障和保障不足。

专栏 2 职工医疗保险普通门诊共济保障改革项目
-------------------------

1. 调整职工医疗保险统筹基金和个人账户划分结构，包括在职和退休人员。
-------------------------------------

2. 建立职工基本医疗保险门诊共济保障制度，职工医疗保险参保人员在定点医疗机构发生的普通门诊费用纳入职工医疗保险门诊共济保障范围。普通门诊共济保障设立起付标准、支付比例和年度支付限额。
----------------------------------------------------------------------------------------------

1. 健全门诊待遇保障机制。健全职工医疗保险门诊共济保障机制，改革职工医疗保险个人账户，规范个人账户使用范围。进一步完善门诊慢特病病种和负担水平；完善城乡居民医疗保险门诊保障政策，做好城乡居民糖尿病、高血压门诊用药保障工作。支持外配处方在定点零售药

店结算，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用。完善门诊罕见病特殊用药保障制度。

2. 完善补充医疗保险制度。逐步规范和完善城乡居民大病保险、职工大额医疗费用补助等补充医疗保险，建立可持续筹措机制，提高保障能力，加强与基本医疗保险和医疗救助制度的衔接，稳步提高保障水平。

3. 规范医疗救助制度。2022年起，建立全市统一规范的医疗救助制度。合理确定救助对象的参保资助标准、救助比例、救助限额和救助费用支付范围，体现向重点救助对象和重特大疾病患者倾斜。建立救助对象及时精准识别机制，实现救助对象信息共享，建立高额费用患者监测预警制度，防范和化解因病致贫返贫。

4. 巩固医保脱贫攻坚成果衔接乡村振兴战略。巩固拓展医保脱贫攻坚成果，实现由集中资源支持脱贫攻坚向统筹基本医保、大病保险、医疗救助三重制度常态化保障平稳过渡。优化调整脱贫人口医疗救助资助参保政策，分类调整医疗保障扶贫倾斜政策。合理确定农村困难群众待遇保障标准，健全防范化解因病返贫致贫机制，降低农村低收入人口看病就医成本。

5. 完善重大疫情医疗费用保障机制。健全重大疫情医疗救治医保支付政策，按照要求落实特殊群体、特定疾病医药费豁免制度，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。建立定点医疗机构预付机制，做好费用保障。

### 专栏 3 重大疾病、重大疫情医疗保障项目

1. 健全救助对象及时精准识别机制。做好各类困难群众身份信息共享，及时将符合条件的对象纳入医疗救助范围。

2. 建立高额医疗费用支出预警监测机制。分类设置各类救助对象、困难群众高额医疗费用预警规则和标准，完善智能监控系统，依申请落实综合保障政策。

3. 完善重大疫情迅速响应机制。根据基本医疗保险基金运行情况和财政承受能力，建立和完善重大疫情下医保资金应急使用标准和程序，防范化解重大疫情风险。

6. 优化生育保障政策措施。巩固生育保险与职工基本医疗保险合并实施成效，做好生育医疗费用支付及生育津贴保障，推进生育医疗费用支付方式改革，控制生育医疗费用不合理增长。将参保女职工生育三孩费用纳入生育保险待遇支付范围，继续强化城乡居民医疗保险参保人员生育医疗费用待遇保障。

#### （三）鼓励商业健康保险发展

1. 鼓励产品创新。鼓励商业保险机构提供多领域的健康保险产品和服务，支持商业保险机构、医药机构合作开展健康管理服务，将医疗新

技术、新药品、新器械以及医保目录外的医药费用纳入商业健康保险范围，积极探索开展“惠民保”业务。

2. 完善支持政策。厘清基本医疗保险的责任边界，支持商业保险机构开发与基本医疗保险政策紧密衔接的商业健康保险产品。探索基本医疗保障与商业健康保险信息的安全有序共享机制，将普惠型商业健康保险纳入“一站式结算”范畴。

3. 加强监督管理。规范商业保险机构承办大病保险业务，建立参与基本医疗保险经办的商业保险机构绩效评价机制。

#### （四）探索建立长期护理险制度

根据省医疗保障局统一安排，探索建立长期护理保险制度，做好长期护理保险与经济困难的高龄、失能老年人补贴以及重度残疾人护理补贴等政策的衔接，解决重度失能人员基本护理保障需求。从职工医疗保险参保人群起步，建立互助共济、责任共担的多渠道筹资机制，合理确定基本保障范围和待遇标准。积极引入社会力量参与长期护理险经办服务，充实经办力量。

### 四、优化医疗保障协同治理体系

#### （一）持续完善医疗保障支付机制



1. 完善医保支付机制。健全对定点医药机构的预算分配机制。科学确定年度总额预算方案，合理确定基金支出总额，提高总额预算对基金支出和医疗机构医疗费用的激励约束作用。持续推进按病种分值付费支付方式改革，在城乡居民医保全面实施付费改革的基础上，实现全市职工医保的DIP付费改革的全覆盖，探索将大病保险等补充险种列入DIP付费改革范围。开展紧密型医共体支付方式改革试点，促进县域紧密型医共体的风险、责任、利益共担，健全完善分级诊疗制度，提升全市基层医疗保障服务能力。

2. 探索建立多元复合式医保支付体系。探索门诊医疗服务结合家庭医生签约按人头付费，积极支持推进分级诊疗。探索日间手术、大病保险支付方式，探索对中医优势病种的医保支付方式改革，支持中医药事业发展。探索实施医养结合新模式，鼓励并引导医疗机构开展安宁疗护服务，实行安宁疗护按床日付费结算，提高疾病终末期患者生命质量。

3. 完善基本医疗保险协议管理。简化优化医药机构定点申请评估流程，将符合条件的医药机构按规定纳入医疗保险协议管理范围。进一步完善定点医药机构履行协议考核机制，建立定点医药机构退出机制。

4. 完善医保目录动态管理机制。落实国家、省局相关政策规定和医保目录管理权限，巩固医保目录动态管理机制和退出机制，实现目录调整、支付管理更加规范化、制度化。进一步完善对国家医保谈判药品、

医院自制制剂的管理和医疗服务设施的支付管理，认真贯彻落实医保支付标准。

## （二）健全基金监管体制机制

1. 加强基金监督执法体系建设。推进基金监管专职机构、人员队伍及相关设施设备标准化建设。明确各层级医保行政监管的职权范围，理顺医保行政监管与经办协议管理的关系，推动形成分工明确、各司其职、权责对应、纵向贯通的基金监管体系。

2. 建立健全监督检查制度。落实“双随机、一公开”监督检查机制，建立和完善日常巡查、专项检查、重点检查、专家审查等相结合的多形式检查制度，明确检查对象、检查重点和检查内容。建立和完善政府购买服务机制，积极引入信息咨询机构、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，建立考核机制，提升监管的专业性、精准性、效益性。

3. 建立信用管理制度。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，将信用评价结果与预算管理、定点医药机构考核等相关联。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。鼓励医疗机构、医师等行业协会开展行业规范和自律建设，促进行业规范和自我约束。

4. 全面建立智能监控制度。推进省医疗保障信息平台智能监管子系统实施应用，推动医保费用结算从人工抽检审核向全面智能审核转变，从事后监管向事前提示、事中监控转变。稳步推进视频监控、生物特征识别、大数据分析等新技术应用。探索推行以远程监管、移动监管、预警防控为特征的非现场监管，提升监管精准化、智能化水平。

5. 建立完善社会监督机制。健全完善举报奖励工作机制，完善举报线索处理流程，明确督办、反馈等工作要求和各个环节办理时限，提高举报案件办理质量。健全社会监督员、举报奖励制度，广泛动员全社会参与监管。

专栏 4	医保基金监管能力提升项目
------	--------------

1. 加强医保智能监控。以省医保信息平台为基础，动态调整监控规划，实现智能审核全覆盖，应用大数据手段实施全环节、全流程监控。开展药品、医用耗材进销存实时监控，探索应用视频监控、生物特征识别等技术，将异地就医、购药直接结算纳入智能监控范围。

2. 规范实施执法检查。健全落实日常监管工作机制，每年对定点医药机构开展现场检查。加强执法人员配备，完善执法技术手段，组织监督检查能力培训，建设专业化、规范化的监管队伍。

3. 多元化开展社会监督。健全信息披露制度，畅通电话、网站、微

信等举报渠道，健全举报奖励机制。健全监督员队伍，发挥监督员作用，动员多方力量参与监管。

### （三）完善医疗价格服务机制

1. 严格落实药械集中带量采购政策。完善药械集中带量采购医保配套措施，落实国家、省组织药品和医用耗材集中带量采购中选结果，鼓励社会办医疗机构和定点药店参与集中带量采购，促进中选药品优先使用。规范药械采购行为，实施阳光采购和公平交易，采购主体覆盖全部公立医疗机构，实现药品网采率达到90%以上，高值医用耗材网采率达到80%以上。稳慎推进药械联合采购结算监测系统的上线运行，保质量、保供应、保使用、保回款。落实集中带量采购中医保资金结余留用政策，提升医疗机构和医务人员参与药械集采改革的积极性，提升医保基金使用效率。

2. 稳妥推进医疗服务价格改革。建立健全医疗服务价格动态调整机制。科学设定公立医疗服务价格动态调整条件和标准，整体调整与个别调整相结合，对公立医疗机构的医疗服务价格实施整体性、结构性、周期性调整。完善定调价规则，优化定调价程序，同步强化价格与医疗、医保、医药等相关政策衔接联动，逐步建立分类管理、动态调整、多方参与的价格形成机制。跟踪监测医疗服务成本、费用变化情况，全面评估医疗服务价格水平，做好医保基金承受能力预估，科学合理地制定调价方案。改革中医医疗服务收费项目价格的形成机制，进一步扩大医保

的中医药诊疗项目，将符合条件的中医诊疗项目、中药饮片、中成药和医疗机构制剂纳入医保支付范围。

3. 健全协商共治机制。建立医疗保障部门、参保人代表、医院协会、医师协会、药师协会、护理学会、药品上市许可持有人、药品生产流通企业等参加的定期协商机制，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。

## 五、筑牢医疗保障管理服务支撑体系

### （一）提升医疗保障公共服务水平

1. 加强经办服务体系建设。完善医保经办管理制度，加快公共服务标准化、规范化建设，按照国家、省《医疗保障经办服务大厅设置与服务规范（试行）》的要求，建立全市统一的市、县、乡、村窗口建设、经办场地和人员配置标准，实现全市医保服务窗口的建设标准化。建立全市统一规范的医保公共服务标准体系，加大基层窗口人员配备，依托乡镇（街道）政务服务中心、村（社区）综合服务中心，推进全市各县（市）区业务服务下沉，打通医保服务“最后一公里”，稳步推进中心城区医保业务“通城通办”，提高医疗保障经办管理服务可及性。

1. 健全基层服务网络。实现全市乡镇（街道）医保经办机构全覆盖，大力推进经办服务网络向村（社区）延伸，鼓励在基层定点医疗机构、村委会（居委会）、基层金融服务网点等设置医保服务站。

2. 完善经办机构配套设施。完善各级医保经办机构服务项目，明确基层经办机构服务清单。统筹实现市、县（区）、乡镇（街道）、村（社区）四级医保体系内各单位政务外网全覆盖，配齐服务设施。

3. 充实医保经办力量。按照省医保局要求推进，各乡镇（街道）医保经办机构设置不少于 2 名工作人员。

4. 加强经办服务大厅建设。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，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。

5. 提升特殊群体服务水平。坚持传统服务与智能创新相结合。完善线下经办服务渠道，加强老年人等特殊群体服务帮扶引导，完善窗口主动服务措施，积极推行预约上门和远程服务，大力推进亲情办理、帮代办代查，实行“一站式”服务。提高医保经办服务的智能化水平，着力解决老年人等特殊群体在医保领域运用智能技术遇到的困难。关注大、中小学等批量业务办理单位的医保经办服务工作，提供更多智能化的批量代办服务。

2. 推行医保领域标准化建设。构建全市统一的医疗保障经办管理标准化体系，完善行政事务、业务经办、医保事项、稽核体系标准。完善行政部门制度规范、医保管理工作规范，推进经办业务规范、经办体系建设规范、医疗服务项目与价格以及药品、医用耗材的招标采购管理规范制定和实施。完善医疗保障绩效考核和服务评价标准。加强标准动态维护和标准实施监督评价工作，建立标准激励约束和优化改进机制，实施跟踪调查和检查评估，形成制定标准、贯彻实施、监督评估、完善修订等良性循环，提升医疗保障标准化工作实效。

#### 专栏 6 医疗保障公共服务优化项目

1. 实施全市统一的医保公共服务清单制度，进一步完善我市医保经办政务服务事项清单（目录）和办事指南，持续对标优化办事流程，实现公共服务事项“即时受理、限时办结”。

2. 依托信息系统建设，实现数据共享，打破信息壁垒，推动电子凭证使用，促进医保业务经办模式向无纸化转变。

3. 实现跨层级、跨部门的信息资源及数据共享、业务协同，建立与人社、税务、医疗、公安、民政等部门的数据共享机制，上线一批高频联办事项，方便群众多个事项一次办好。

4. 构建覆盖全市的市、县（区）、乡镇（街道）、村（社区）四级

立体化医保经办服务体系，统一公共服务规范、术语、文书、表单、经办场所（窗口）设置，打造荆州市医保公共服务品牌。

3. 提升医保经办服务效能。全面推行医保经办服务事项综窗受理模式，实现经办服务窗口的“前台综合受理、后台分类审批、统一窗口出件”要求。提升窗口服务质效，加强服务大厅数字化服务功能，提高智慧管理水平。以“高效办成一件事”为目标，持续精简优化服务流程，提升“一网通办”“一窗通办”“一事联办”水平。开展线上线下经办服务宣传，拓宽媒体宣传的渠道和形式，加强宣传平台的网络化、移动化建设，完善经办服务的意见反馈机制。完善政务服务“好差评”机制，通过线上线下相结合的方式，推进政务服务“一次一评”“一事一评”，实现“应评尽评”，加强结果运用。

## （二）推进医疗保障法治化建设

贯彻落实国家和省、市医疗保障法律、法规、规章及规范性文件的要求，促进制度法治化、决策科学化、管理规范化的要求。健全完善重大决策、重大执法决定等重大行政行为的程序，严格行政处罚自由裁量标准，规范行政执法行为。建立健全监督检查制度，统筹市、县（市、区）两级医保执法监督人员力量，建立医疗保障行政执法与刑事司法等部门的联席会议制度，推进建立运转高效、规范有序的多部门联合监管机制。提升医保基金监督检查能力，严格落实行政执法公示、执法全过程记录和重大行政执法决定法制审核制度。建立和完善部门协同监管的综合监管



制度，强化医保、卫健、市场监管、审计、检察、监察、公安等部门协同配合，推进信息共享和互联互通，健全协同执法工作机制和打击欺诈骗保行刑衔接工作机制。

### （三）加快推进医保信息化建设

1. 加强医保信息化基础建设。加快完成省医疗保障信息管理服务平台建设工作，实现医疗保障数据全面集中、业务全面贯通、医保网络全面覆盖，核心业务网络纵向实现与省、县（区）互联互通，横向与政数、人社、卫健、民政、财政、税务、公安等部门以及医院、药店、金融保险等单位互联互通，加强数据有序共享，推进全国统一互联互通的医保信息平台落地应用。

2. 推进医保电子凭证广泛应用。加大医保电子凭证功能的宣传力度，提高社会公众的认知度。加快形成以电子凭证为载体的医保“一码通”服务管理新模式，推动全市医保经办机构和定点医药机构全面使用，拓宽医保电子凭证应用场景，支持扫码支付、刷脸支付、移动支付等多种结算方式，支持基本医保的普通门诊、门诊慢特病、住院、生育等多种结算场景，进一步提升参保群众满意度。

3. 完善“互联网+”医保服务。依托省医疗保障信息平台，逐步实现处方流转、线上支付。加快医保公共服务网建设，通过对接省电子政务平台以及通过互联网在微信公众平台、小程序等互联网+服务平台，为参保人员提供高效便捷的线上办理方式，实现主要业务全程网办。

## 专栏 7 医疗保障网络建设项目

1. 建设医保骨干网络市级汇聚点。满足全市经办机构和定点医药机构的接入需求，纳入多个网络运营商，保障经办机构和定点医药机构专线接入的自主选择权。改造提升医保基础网络设施。建设满足医保经办业务应用高带宽、高稳定、实时化网络传输需求的业务经办网络。

2. 建设办公及业务网络。建设内部业务经办及办公网络，满足机关日常办公及医保业务管理要求；建设外部互联网络，提供远程连接到医保核心业务网的安全接入方式，应用移动办公技术、生物识别技术，实现全市医保系统有关人员远程办公。

3. 建立并完善网络安全防护技术手段，完善域名系统安全防护措施。提高网络安全态势感知、预警和协同能力。全面推进网络安全等级保护工作，加强关键信息基础设施安全保护。

### （四）加强医保人才队伍建设

1. 坚持政治引领。把政治标准和政治要求贯穿融入干部队伍建设全过程，加强政治历练，强化政治担当，站稳政治立场，提升政治素养。

2. 优化队伍结构。充实各级医疗保障部门力量，积极应对快速增长的工作任务。重点培养和加快引进医疗、经济、管理、信息技术等专业人才，不断提高医疗保障工作人员的专业素养。

3. 提升能力素质。利用数字化、信息化、智能化技术和工具，为医保系统人员赋能，提升能力素质。制定全市医保系统人员中长期培训规划，提升医保系统人员理论学习能力、狠抓落实能力、务实创新能力和依法行政能力。

4. 加强医保廉政建设。定期组织开展警示教育，以案示纪、以案示法，防范廉政风险。强化重点岗位监督，定期对重点岗位工作人员进行跨部门轮换。健全医疗保障行政部门、经办机构工作人员执法回避制度。完善经办机构内部控制制度，定期聘请第三方力量对经办机构内控风险进行评估，筑牢基金监管内控防线。

## 六、 强化保障措施

（一）加强组织领导。各地要强化政府行为，把医疗保障制度改革作为重要工作任务，坚持以项目为抓手带动规划实施，加强对规划实施情况的跟踪分析和监督检查。

（二）推进部门协同联动。建立健全部门协同机制，强化与财政、人社、税务、卫生健康、民政、市场监管、银保监管、公安、审计等部门的沟通协调，加强部门间信息互通共享。深化“三医联动”，加强医

保、医疗、医药制度政策之间的统筹协调和综合配套，提高医疗保障改革协同推进效能。促成经办服务部门合作，实现覆盖参保人员全生命周期的医保便捷服务。

（三）完善投入保障。将医疗保障列入财政支出的重点领域，做好医保公共管理服务财政保障，确保医保重大改革项目的资金保障力度。加大对医保信息化建设的投入。加强医疗保障队伍建设，提升医疗保障业务人员工作能力和监管水平。强化基层经办机构能力建设，确保医疗保障各项工作落到实处。

（四）营造良好舆论氛围。加强医疗保障政策解读和宣传工作，提高公众政策知晓度，及时回应社会关切，合理引导预期。重要改革事项广泛听取意见，落实重大改革事项的社会稳定性评估。充分调动社会各界参与改革的积极性和主动性，凝聚社会共识。加强对两定机构和社会公众医保法律法规政策宣传，树立参保人员的健康管理意识，提高医药机构和参保人员法治意识。