

石家庄市医疗保障局文件

石医保发〔2022〕4号

石家庄市医疗保障局 关于印发《石家庄市医疗保障“十四五” 规划》的通知

各县（市、区）人民政府，高新区、循环化工园区管委会，市直有关部门：

《石家庄市医疗保障“十四五”规划》已经市政府同意，现印发给你们，请结合工作职能，认真抓好贯彻落实。



（此件主动公开）

石家庄市医疗保障“十四五”规划

二〇二二年五月

前 言

“十四五”时期是我国全面建成小康社会、实现第一个百年奋斗目标后，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，也是医疗保障工作适应新发展阶段、贯彻新发展理念、构建新发展格局，实现高质量发展的关键五年。医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。科学编制和有效实施我市首部医疗保障五年规划，对于深化医疗保障制度改革，健全多层次医疗保障体系，提升医疗保障服务满意度，加快推进医疗保障治理体系和治理能力现代化，全面建设现代化、国际化美丽省会城市具有重大意义。

本规划依据《“十四五”全民医疗保障规划》、《河北省医疗保障“十四五”规划》和《石家庄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》，围绕完善医疗保障制度、强化基金运行管理、深化“四医联动”改革、健全基金监管体系、优化经办管理服务、推动医疗保障协同发展、全面打造智慧医保、提高医疗保障依法治理能力八大板块，阐明“十四五”时期我市医疗保障事业指导思想、基本原则、发展目标、主要任务和重点工程，是指导未来五年全市医疗保障事业发展的行动纲领。规划期为2021—2025年，展望到2035年。

目 录

第一章 发展基础和面临形势

第一节 “十三五”主要发展成就····· (7)

第二节 “十四五”面临的机遇与挑战····· (10)

第二章 总体要求

第一节 指导思想····· (12)

第二节 基本原则····· (12)

第三节 发展目标····· (13)

第三章 完善医疗保障制度，促进待遇保障公平适度

第一节 健全基本医疗保险制度····· (16)

第二节 促进基本医疗保险待遇公平统一····· (16)

第三节 统一规范医疗救助制度····· (17)

第四节 落实重大疫情医疗保障政策····· (17)

第五节 加快多层次医疗保障体系建设····· (18)

第六节 有效衔接乡村振兴战略····· (18)

第七节 稳步推进长期护理保险制度试点····· (18)

第八节 鼓励商业健康保险发展····· (19)

第四章 强化基金运行管理，确保制度稳健可持续

第一节 深入实施全民参保计划····· (20)

第二节	全面提升参保质量	(21)
第三节	完善参保缴费服务机制	(21)
第四节	强化基本医疗保险市级统筹	(21)
第五节	加强基金预算管理和风险预警	(22)
第五章	深化“四医联动”改革，提高基金使用效率	
第一节	加快推进医保支付方式改革	(23)
第二节	推进药品、医用耗材集中带量采购	(23)
第三节	深化医疗服务价格改革	(24)
第四节	强化医保目录管理	(24)
第五节	加强医保协议管理	(25)
第六节	健全对定点医药机构的预算分配机制	(25)
第六章	强化基金监督管理，构建基金安全防控机制	
第一节	加强医保基金使用监督管理	(26)
第二节	坚持严厉打击欺诈骗保行为	(27)
第三节	提升智能监控和大数据分析能力	(27)
第四节	充分发挥投诉举报奖励监督作用	(28)
第五节	落实医保基金监管信用管理	(28)
第六节	推进实施综合监管和社会监督	(29)
第七章	优化经办管理服务，推进医保服务高效便捷	
第一节	完善医保经办服务体系	(30)
第二节	优化业务经办流程	(30)
第三节	推进异地就医直接结算服务	(31)

第四节	完善“互联网+”医保服务	(31)
第五节	提升医保经办服务质量	(32)
第八章	打造智慧数字医保，全面提升信息化水平	
第一节	加快医疗保障信息平台建设	(33)
第二节	强力推进医保电子凭证广泛应用	(33)
第三节	全面提升医疗保障数据综合治理能力	(33)
第四节	确保医保信息系统和数据安全	(34)
第九章	扎实推进法治医保建设，提高依法治理能力	
第一节	坚持有法必依	(35)
第二节	严格规范行政执法行为	(35)
第三节	强化医保法治宣传	(36)
第十章	强化刚性实施，推动规划落实	
第一节	加强组织领导	(37)
第二节	健全实施机制	(37)
第三节	强化队伍建设	(38)
第四节	加大宣传引导	(38)

第一章 发展基础和面临形势

第一节 “十三五”主要发展成就

“十三五”期间，医疗保障部门全面落实市委、市政府决策部署，统筹推进医疗保障各项工作，医疗保障制度进一步完善，基金运行安全平稳，保障能力稳步提升。特别是市医疗保障局作为市政府独立部门成立以来，持续深化医疗保障制度改革，决战决胜医保脱贫攻坚，坚决打赢疫情防控阻击战，积极探索医疗保障精细化管理，全市医疗保障事业发展取得突破性进展。

医疗保障管理体制更加健全。2018年12月，石家庄市整合医疗保险、生育保险、药品和医疗服务价格管理、医疗救助等职能，组建石家庄市医疗保障局，各县（市、区）相继完成医疗保障部门的组建工作。市、县（市、区）医疗保障经办管理体系建设逐步推进。初步建立起集中统一的医疗保障管理体制。

医疗保障制度体系更加完善。城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度顺利整合，建立起全市统一的城乡居民基本医疗保险和大病保险制度。城乡居民基本医疗保险实现市级统筹，生育保险和职工基本医疗保险顺利合并实施，长期护理保险试点稳步推进，全面实施重特大疾病医疗救助。

医疗保障水平逐年提升。基本医疗保险覆盖 904.96 万人，覆盖率稳定在 95% 以上，职工和城乡居民基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例分别稳定在 84% 和 64% 左右，国家组织药品和高值医用耗材集中带量采购价格平均降幅 50% 以上。基本医疗保险（含生育保险）五年累计支出 563.63 亿元，保障 2190.18 万余人次。群众的幸福感、获得感稳步提升。

医疗保障改革持续推进。率先跟进国家组织药品集中采购和使用试点工作，积极跟进落实第一批、第二批、第三批国家组织药品集中带量采购工作，跟进落实省城乡居民高血压、糖尿病门诊用药集中带量采购、开展药品和医用耗材集中带量采购和联盟采购，中选药品和医用耗材价格大幅下降。积极推进医保支付方式改革，有序开展按病种付费，探索开展按病种分值付费（DIP）工作。定点医药机构协议管理更加规范。建立健全医疗服务价格动态调整机制，群众就医负担有效减轻。

医保脱贫成效明显。全面建立贫困人口“基本医保十大病保险+医疗救助”三重保障制度，实现“一站式”直接结算，建档立卡贫困人口参保率达到 100%，有效减轻贫困人口看病就医负担。截至 2020 年底，“基本医疗保险十大病保险+医疗救助”三重保障共支出 18.76 亿元，支付脱贫人口 458.93 万人次，为全面打赢脱贫攻坚战作出积极贡献。

基金监管持续强化。将打击欺诈骗保维护基金安全作为医疗保障重要任务，纳入防范化解重大风险重要内容。建立市级医疗

保障基金监管工作联席会议制度，健全行政监督与社会监督相结合的监管体系，全面推进医保基金监管工作信息化，对定点医药机构进行全方位监管，严防弄虚作假，规范医疗服务行为，深入开展打击欺诈骗保专项治理，开展存量问题“清零”专项行动，建立常态化飞行检查制度，全市累计追回医保基金 3.6 亿元，解除服务协议，暂停医保服务 312 家（次），有力维护了医保基金安全运行。

疫情应对措施有力。积极应对新冠肺炎疫情，将住院患者核酸检测费用纳入医保支付，向定点医疗机构拨付预付金，及时结算医疗费用，有效减轻医疗机构资金压力。确保患者不因费用问题影响就医，确保收治医院不因支付政策影响救治。对全市 2.9 万余家企业职工基本医疗保险单位缴费部分实行减半征收，全力支持了企业复工复产。积极推行“网上办”、“延期办”、“掌上办”等措施，最大程度减少因人员流动造成疫情传播的安全风险，确保疫情期间经办服务不间断。

异地就医加快发展。不断提高异地就医待遇，简化异地就医手续，推进异地就医直接结算，先后与北京、天津两市 30 家医疗机构签订《京津冀医疗保障协同发展医疗服务协议》，降低自付比例，享受与我市同级医疗机构相同的待遇政策，充分共享京津冀优质医疗资源和协同发展成果。持续简化异地就医备案手续，推行网上备案，就医直接结算，让广大群众充分享受异地就医直接结算的优质便捷服务。

第二节 “十四五”面临的机遇与挑战

“十四五”时期是我市加快建设现代化、国际化美丽省会城市的关键阶段，也是健全多层次医疗保障体系，推动医疗保障更加公平可及的决定性五年。做好医疗保障工作，对于保障改善民生、增进人民健康福祉、建设健康石家庄、完善国家治理体系具有重要意义。纵观我市“十四五”时期医疗保障的发展趋势，既面临困难和挑战，也面临重大发展机遇和有利条件。

（一）发展机遇

党和政府高度重视。党中央、国务院高度重视医疗保障工作，习近平总书记多次对完善医疗保障制度、维护医保基金安全、药品集中采购作出重要指示批示。市委、市政府将医疗保障工作放在重要位置，为医疗保障工作提供了坚强的政治保证和组织保证。

经济进入高质量发展。随着京津冀协同发展纵深推进，改革开放不断深化，产业结构持续优化，我市经济实力和政府财力持续增强，营商环境持续优化，为医疗保障事业发展提供了有力的经济基础和良好环境。

社会认同感不断增强。随着城乡居民生活水平的不断提高和医保制度体系健全完善，群众对健康的重视程度和期望标准不断提升，对医保制度的认同感不断增强，全民参保的积极性越来越高，为提升医疗保障互惠共济功能奠定了群众基础。

（二）面临挑战

医疗保障发展不平衡、不充分。多层次医疗保障体系尚不健全，重特大疾病保障能力还有不足，医保、医疗、医药、医价改革协同性需进一步增强。我市三级医疗机构较多，存在医疗资源向大医院集中的趋势，与参保群众多样化、多层次的需求尚有差距。医疗保障制度对新型城镇化深入推进、人口大规模流动、新就业形态还不完全适应。

医保基金收支平衡面临风险挑战。我市经济进入高质量发展阶段，正处于转型升级、爬坡过坎的关键时期，经济发展和收入增长的不确定因素增多，随着人口老龄化加速，医保基金收入维持高速增长态势难度加大。医疗新设备、新技术、新药品的不断应用，疾病谱呈现慢病化趋势，客观上推动了医疗费用上涨，医保基金在收支平衡上面临风险挑战。

基层医保公共服务能力仍有差距。基层医保经办力量相对薄弱，医保公共服务标准体系还不健全，各县（市、区）医保部门管理服务水平不平衡，经办服务的便利化、智能化与群众需求存在差距。

随着我市产业转型升级加快，改革开放全面深化，社会治理效能提升，医疗保障制度体系健全完善，工作弱项短板逐渐补齐，管理服务日趋精细，医保改革共识不断凝聚，推动医疗保障高质量发展具有多方面的优势和条件。

第二章 总体要求

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，深入贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，认真落实省委、省政府和市委、市政府安排部署，坚持以人民健康为中心，深入实施健康石家庄行动，深化“四医联动”改革，提升基本公共服务能力水平，加快建成覆盖全民、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，推动医疗保障高质量发展，为建设现代化、国际化美丽省会城市作出积极贡献。

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工作的领导，将贯彻落实党中央、国务院和省委省政府、市委市政府关于医疗保障工作的决策部署作为第一要务。着眼于全面深化改革全局，提升医疗保障现代化治理能力和治理水平，为实现医疗保障高质量发展提供根本保证。

坚持人民至上、生命至上。始终以人民为中心，切实把维护人民生命安全和身体健康放在第一位，着眼人人享有基本医疗保障和广大人民群众的基本医疗保障需求，努力为广大人民群众提

供更加公平、更加可靠、更加充分、更高质量的医疗保障。

坚持尽力而为、量力而行。把提高医疗保障水平建立在经济和财力可持续增长的基础之上。实事求是、科学合理确定医保筹资水平、保障范围和标准，防止过度保障和保障不足，提高基金统筹共济能力，防范和化解基金运行风险，确保制度可持续。

坚持改革创新、提质增效。准确把握医疗保障工作的客观规律，坚持用改革创新破除不利于医疗保障事业高质量发展的体制机制障碍，增强医疗保障制度改革的系统性、整体性和协同性，努力提升医保治理体系和治理能力现代化水平。

坚持系统集成、协同高效。把新发展理念贯穿于医疗保障事业发展全过程，统筹兼顾国家、患者、医院、医生四方利益，加强医保、医疗、医药、医价政策和制度间的有机衔接，构建共建共治共享医保治理新格局，推动医疗保障和医药服务高质量发展。

坚持精细管理、优质服务。深入推进医保领域“放管服”改革，加强管理服务能力建设，优化定点医药机构管理，健全基金监管长效体制机制。坚持传统服务方式和智能化应用创新并行，为群众提供更贴心、更暖心的服务。

第三节 发展目标

医疗保障制度趋于成熟。深入贯彻落实国家和省、市深化医疗保障制度改革决策部署，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，到 2025 年医疗保障制度体系更加完善。

待遇保障稳步提升。随着医疗保障制度改革持续深化，保障范围和保障标准与经济发展水平更加适应，实际报销比例稳步提高，门诊慢性病、特殊疾病保障水平逐步提升，防范化解因病致贫返贫长效机制基本建立。

基金运行更加安全稳健。基本医疗保险市级统筹全面做实。坚持应保尽保原则，进一步扩大基本医疗保险覆盖范围，政府、用人单位、参保人等各方筹资责任更加均衡，基金规模持续扩大。加强医疗保障基金预算绩效管理，基金监管体系更加完善，长效监管机制全面形成，基金运行安全稳健。

综合改革集成高效。深化医保、医疗、医药、医价“四医联动”改革，多元复合医保支付方式全面推行，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价格机制更加完善，医疗服务价格动态调整机制更加健全，医保协议管理科学有效。

医保公共服务能力显著提升。建立覆盖全市的医疗保障公共服务体系，坚持规范化、标准化、精细化管理服务，制定全市统一的经办服务规程，强化医保电子凭证推广应用，医保政务服务事项网上办理实现全覆盖。加强经办服务队伍建设，提高医保经办服务能力水平，提升广大群众满意度。

到二〇三五年，我市多层次医疗保障体系成熟高效，基本医疗保险筹资机制更加合理，待遇保障更加公平适度，医药价格形

成机制更加科学合理，医保、医疗、医药、医价联动改革和协同治理更加高效，支付效率显著提升，医疗保障经办服务体系更加健全，基本实现医保治理体系和治理能力现代化。

“十四五”时期石家庄市医疗保障事业发展主要指标

序号	主要指标	2020年	2025年	指标属性
1	基本医疗保险参保率	95%	稳定在95%以上	约束性
2	基本医疗保险（含生育保险）基金收入	146亿元	收入规模与经济社会发展水平更加适应	预期性
3	基本医疗保险（含生育保险）基金支出	124亿元	支出规模与经济社会发展水平、群众基本医疗需求更加适应	预期性
4	职工基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例	84%左右	85%左右	预期性
5	城乡居民基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例	64%左右	70%左右	预期性
6	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
7	实行按病种付费的住院费用占全部住院费用的比例	—	70%	预期性
8	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%左右	90%	预期性
9	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
10	药品集中带量采购品种	132个	500个以上	预期性
11	高值医用耗材集中带量采购品种	2类	10类以上	预期性
12	住院费用跨省直接结算率	65%以上	70%以上	预期性
13	医疗保障政务服务事项线上可办率	100% (除必须到现场办理项目外)	100% (所有医疗保障政务服务项目)	预期性
14	医疗保障政务服务事项窗口可办率	100%	保持稳定	约束性

第三章 完善医疗保障制度，促进待遇保障 公平适度

第一节 健全基本医疗保险制度

坚持和完善覆盖全民、依法参加的基本医疗保险制度和政策体系，职工和城乡居民分类保障，待遇与缴费挂钩。单位就业人员随单位参加职工基本医疗保险，除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其他所有城乡居民参加城乡居民基本医疗保险，灵活就业人员可根据自身实际选择以个人身份参加职工基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险。加强生育保险与人口和生育政策衔接，按照国家、省部署，完善职工生育保险生育医疗费用支付及生育津贴制度。

第二节 促进基本医疗保险待遇公平统一

严格执行国家医疗保障待遇清单制度，实施公平适度保障。建立健全职工医保门诊共济保障机制，改革职工基本医疗保险个人账户，结合我市基本医疗保险基金运行情况，逐步提高门诊统筹待遇水平。稳步提高住院待遇水平，到2025年底，职工基本医保和城乡居民基本医保政策范围内住院费用基金支付比例保持

在 85%和 70%左右。持续巩固城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制，规范门诊慢性病、特殊病保障范围。

第三节 统一规范医疗救助制度

健全跨部门、多层次、信息共享救助对象及时精准识别机制，完善统一规范的医疗救助制度，综合救助对象需求和医疗救助基金承受能力，规范救助费用保障范围，合理确定基本救助标准，完善托底救助保障措施，基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重保障制度“一站式”直接结算覆盖特困人员、低保对象。全面落实城乡居民基本医保财政补助政策，对困难群众参加城乡居民基本医疗保险个人缴费给予分类资助。加大财政对医疗救助投入力度，发挥社会捐助等筹资渠道补充作用，拓宽医疗救助筹资渠道，建立医疗救助筹资增长动态调整机制。

第四节 落实重大疫情医疗保障政策

在突发疫情等紧急情况时，医疗机构先救治、后收费，对收治患者较多的医疗机构，医保经办机构可预付部分医保基金，确保患者不因费用问题影响就医，确保收治医院不因支付政策影响救治。落实国家特殊群体、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。

第五节 加快多层次医疗保障体系建设

加强基本医保、大病保险、医疗救助、临时救助等制度衔接，完善以基本医疗保险为主体、大病保险为延伸、医疗救助为托底、商业健康保险共同发展的多层次保险体系。按照国家、省统一部署，鼓励保险公司为用人单位和个人家庭提供团体健康保险和个人健康保险服务，发展医疗执业责任保险。支持各级工会组织开展职工医疗互助保障，并逐步提高专业化程度。引导企业、慈善组织和爱心人士开展医疗慈善，促进医疗互助有序发展。

第六节 有效衔接乡村振兴战略

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基本医疗保险、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，分类优化医疗保障综合帮扶政策，坚决治理过度保障，充分发挥防贫监测系统功能，加强高额医疗费用支出预警监测，健全完善依申请救助机制，建立防范和化解因病致贫返贫长效机制。综合施策降低农村低收入人口看病就医成本，引导合理诊疗，促进有序就医，整体提升农村医疗保障和健康管理水平。

第七节 稳步推进长期护理保险制度试点

按照国家、省统一部署，规范开展长期护理保险制度试点工

作，逐步完善长期护理保险的保障范围、参保缴费、待遇支付、基金管理等政策体系，形成稳定可持续的长期护理保险筹资运行机制。支持医养有机结合，将符合条件的养老机构内部设置的诊所、卫生所（室）医务站、护理站，按规定纳入基本医疗保险定点范围。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。

第八节 鼓励商业健康保险发展

厘清基本医疗保险责任边界，支持商业保险机构开发与基本医疗保险相衔接的商业健康保险产品，更好覆盖基本医保不予支付的费用。鼓励商业保险机构加强健康保险产品创新，丰富保险产品供给，发挥商业保险在健康保障领域作用。加强市场行为监管，规范商业保险机构承办大病保险业务。充分运用信息化手段提升商业健康保险的参保险赔便利性。

专栏 1 重特大疾病保障工程

1. 建立救助对象及时精准识别机制。加强医保、民政、乡村振兴等部门协同，做好各类困难群众身份信息共享，及时将符合条件的纳入医疗救助范围。
2. 科学设定定额参保资助标准，明确救助范围，健全门诊救助，合理确定住院救助起付标准、救助比例，完善重特大疾病医疗救助政策。
3. 建立防范因病返贫致贫长效机制。做好因病返贫致贫风险监测、建立健全防范化解因病返贫致贫的主动发现机制、动态监测机制、信息共享机制、精准帮扶机制。

专栏 2 职工基本医疗保险门诊共济工程

1. 建立职工基本医疗保险门诊共济保障机制。明确门诊统筹起付标准、最高支付限额及政策范围内支付比例，待遇支付适当向退休人员倾斜。
2. 改革个人账户。改革职工医保个人账户计入办法，明确在职职工、退休人员个人账户计入标准和方法。严格个人账户使用管理，明确个人账户资金支出范围。
3. 加强门诊医疗费用监督管理。将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入门诊保障范围。加快推进门诊费用跨省异地就医直接结算。完善管理服务措施，引导医疗资源合理利用。建立对个人账户全流程动态管理机制。
4. 完善适合门诊就医特点的付费机制。积极探索从糖尿病、高血压等治疗方案明确、评估指标清晰的慢性病入手，对基层医疗服务实行按人头付费。对日间手术及符合条件的门诊特殊病种，推行按病种分值付费。对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。

第四章 强化基金运行管理，确保制度 稳健可持续

第一节 深入实施全民参保计划

着眼制度全覆盖向群体全覆盖转变，坚持分类保障、精准施策，不断提升基本医疗保障覆盖范围。建立与公安、民政、税务、人力资源和社会保障、卫生健康、教育、乡村振兴、残联等部门的信息共享交换机制，加强人员信息共享，精准掌握各类城乡居民及困难群众参保情况，有针对性做好参保缴费工作。加强与税务、人社部门协作力度，实现企业职工全员参保。做好跨统筹区参保人员基本医疗保险关系转移接续工作。进一步加大政策宣传力度，提升全民参保意识。

第二节 全面提升参保质量

建立健全石家庄市全民参保数据库，实现对新增参保人员基础信息实时核对功能，引导职工在就业地参保，居民在常住地参保，鼓励灵活就业人员参加职工基本医疗保险，努力提升城乡居民特别是农村居民参保质量，巩固提高参保覆盖率。做好跨制度参保待遇衔接，有序开展重复参保清理工作。

第三节 完善参保缴费服务机制

坚持权利与义务相统一原则，均衡政府、用人单位和个人三方筹资责任，稳步提升筹资水平。落实基本医疗保险基准费率制度，规范缴费基数核定，合理确定费率，实行动态调整。强化城乡居民参保缴费，压实县（市、区）、乡镇（街道）、村（社区）参保征缴责任。建立税务部门、合作银行、医保经办机构联动工作机制，兼顾不同群体需求差异，兼顾传统与现代缴费方式，通过实体、网络、掌上、自助等多渠道缴费方式，提升参保缴费的便利性。适应新业态发展，完善新就业形态灵活就业人员参保缴费方式。落实困难群众分类资助参保政策，加强参保缴费服务，引导主动参保。

第四节 强化基本医疗保险市级统筹

按照医保政策、预算管理、收支管理、责任分担、经办服

务、信息系统“六统一”的标准，在巩固城乡居民基本医疗保险市级统筹的基础上，做实职工基本医疗保险市级统筹，实现医保基金市级统收统支，提升医保基金统筹层次，增强基金抗风险能力。稳步提高医疗救助统筹层次，实现与基本医疗保险统筹层次相协调。

第五节 加强基金预算管理和风险预警

科学编制医疗保障基金收支预算，加强预算执行监督，强化预算绩效管理，全面实施基金绩效评价，促进基金管理提质增效，提高医疗保障基金运行水平。加强基金中长期精算管理和基金运行监测分析，健全基本医疗保障基金运行风险预警机制，积极开展医保待遇调整和政策改革的基金风险评估，科学动态调整医保缴费和待遇水平，实现基本医疗保险和大病保险基金收支平衡、略有结余。有效防范和及时稳妥化解基金运行风险。

专栏3 基本医疗保险精准扩面工程

1. 建立多部门间信息共享和比对机制，精准确定未参保群体，坚持分类施策，推动基本医疗保险参保全覆盖。
2. 充分发挥参保缴费监测系统功能，压实各级政府参保征缴责任，做好城乡居民参保缴费工作。充分利用参保缴费统计系统实时监控全市参保缴费情况，联合税务部门通过开展实地调研督导、印发通报方式指导各统筹区开展城乡居民基本医保参保缴费工作，实现应保尽保。
3. 加强与税务、人力资源和社会保障等部门信息共享和部门协作力度，实现企业职工全员参保。加强与税务部门的数据交换，通过医保、税务等部门协作，推动用人单位依法依规为劳动就业人员参加职工医保。

专栏4 基本医疗保险统筹层次提升工程

1. 全面做实医保市级统筹，按照省安排部署，完善市级统筹政策，逐步提升基金统筹层次，增强基金抗风险能力。稳步跟进基本医疗保险省级统筹。
2. 按照“以收定支，收支平衡”的原则，科学确定筹资待遇水平和保障水平，加强基金统筹共济，确保基金可持续。
3. 按照权利与义务、激励与约束、事权与财权相结合的要求，明确市县两级扩面征缴、医疗待遇支付、基金监管等主体责任，建立市县两级基金收支责任分担机制和绩效考核机制。

第五章 深化“四医联动”改革，提高基金使用效率

第一节 加快推进医保支付方式改革

充分发挥医保支付方式对医药服务市场健康发展的牵引作用，完善医保基金总额预算办法，与医疗质量、协议履行、绩效考核挂钩。针对不同医疗服务特点，推行多元复合式医保支付方式，大力支持医联体建设。对住院医疗服务，主要按病种分值付费，长期、慢性病住院医疗服务按床日付费，对基层医疗服务，可按人头付费。积极探索门诊慢性病、门诊特殊病按人头付费，对不宜打包的复杂病例和门诊费用，可按项目付费。稳步推进按病种分值付费（DIP）工作。引导参保群众合理就医，引导医疗机构主动控制成本。

第二节 推进药品、医用耗材集中带量采购

落实药品、医用耗材挂网政策，利用省级药品集中采购平

台，落实国家、省组织药品集中采购中标结果，积极跟进联盟采购和医用耗材集中带量采购。落实对医疗机构、参保人激励约束机制，促进中选产品优先使用、合理使用。推进医保基金与医药企业直接结算，完善医保支付标准与集中采购价格协同机制，实现依托省级药品器械集中采购平台在线结算全覆盖。

第三节 深化医疗服务价格改革

建立健全适应经济社会发展、更好发挥政府作用、医疗机构充分参与、体现技术劳务价值新机制。逐步提高体现技术劳务价值的医疗服务价格，降低设备物耗占比高的检查检验和大型设备治疗价格。完善医疗服务价格动态调整机制，定期开展调价评估，及时稳妥有序调整。到 2025 年，落实符合分类管理、多方参与、科学确定、动态调整的医疗服务价格形成机制，充分发挥价格杠杆功能。

第四节 强化医保目录管理

严格执行国家、省医疗保障部门制定的药品、诊疗服务项目、医用耗材目录及限定支付范围。建立完善国家谈判药品“双通道”管理机制，增强协议期内谈判药品的可及性。对国家、省医疗保障部门确定的纳入医保支付范围的医疗服务项目和医用耗材进一步跟进落实。支持中医药发展，做好中医医疗服务项目和医院制剂等政策的落地执行。

第五节 加强医保协议管理

执行医保定点医药机构协议管理办法，优化我市定点医药服务资源配置。优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序，将技术好、服务优、价格低且区域布局合理的医药机构纳入医保定点。规范定点医疗机构医保目录内药品、诊疗项目、医用耗材使用比例，减轻参保患者自费负担。加强定点医药机构履行协议考核管理工作，突出行为规范、服务质量和费用控制考核评价，执行定点医药机构退出机制。

第六节 健全对定点医药机构的预算分配机制

坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的总额预算编制原则，统筹考虑住院与门诊、药品（医用耗材）与医疗服务支付、市内就医与转外就医等情况，完善分项分类预算管理办法，健全预算和结算管理机制。全面落实医保基金结余留用和预付周转金制度，减轻医疗机构压力，调动各方积极性，促进医疗机构发展。

专栏5 两定机构协议管理能力提升工程

1. 按照“技术好、服务优、价格低、布局合理”的基本条件，严格标准、严密评审、科学评估、积极谈判，做好定点纳入工作，以群众医疗需求侧的提档升级，倒逼医药机构供给侧的提质增效。
2. 加强医疗保障定点医药机构协议管理工作，强化对两定机构的协议履行、医疗质量、诊疗规范的绩效考核，将考核结果与年终清算、质量保证金、信用等级评定等挂钩，有序做好续签、终止和退出工作。

第六章 强化基金监督管理，构建基金安全 防控机制

第一节 加强医保基金使用监督管理

深入贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，压实各级政府属地责任，强化医疗保障部门基金监管主体责任，落实部门协同监管责任，构建全领域、全流程的基金安全防控机制。健全基金监管执法机制，依法查处医疗保障领域违法违规行为，规范执法程序、权限和处罚标准。推行“双随机、一公开”监管，完善日常巡查、专项检查、飞行检查、交叉检查、重点检查、专家审查等相结合的多形式监督检查制度。创新监管方式，建立和完善政府购买服务制度，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，推行按服务绩效付费，提升监管的专业性、精准性、效益性。理顺医保行政监管与经办协议管理的关系，规范医保经办业务，落实医保经办机构协议管理、费用监控、稽核审核责任。加强医保经办机构内控建设，健全经办机构内部控制制度，强化内部权力制约制衡机制，开展内控检查，定期对经办机构进行内控风险评估。健全医保基金内部审计制度，强化审计监督，制定年度审计计划，采取下查一级或交叉互查方式开展内控审计检查。

第二节 坚持严厉打击欺诈骗保行为

将打击欺诈骗保维护基金安全作为医疗保障部门重要任务，纳入防范化解重大风险重要内容，综合运用司法、行政、协议等手段，严查重处欺诈骗保的单位和个人。健全打击欺诈骗保行刑衔接工作机制，依法依规加强行政处罚力度，对欺诈骗保情节特别严重的定点医药机构，移交卫生健康、市场监管等相关部门依法处罚，对涉嫌犯罪的案件，依法移交司法机关追究刑事责任。将欺诈骗保情节严重的单位和个人，纳入失信联合惩戒对象名单。完善医保基金监管机制，建立健全医保基金监管执法体系，加大人员力量，强化技术手段。通过政府购买服务加强基金监管力量，保障必需的人员、设备和相关设施。

第三节 提升智能监控和大数据分析能力

不断提升信息化监管手段和水平，推进落实大数据技术与视频监控、生物特征识别等应用，加强对定点医疗机构临床诊疗行为的引导和审核，实现基金监管向大数据全方位、全流程、全环节智能监控转变。加强大数据分析应用，完善智能监控规则，提升智能监控效能。完善医保对医疗服务行为的监控机制，推进与定点医药机构 HIS 系统、药品医用耗材进销存系统动态对接，将监管对象由医疗机构延伸至医务人员，将监管重点从医疗费用控制转向医疗费用和医疗服务绩效双控制。规范异地就医就医地

管理，推进异地就医、购药即时直接结算，结算数据全部上线接入智能监控系统。

第四节 充分发挥投诉举报奖励监督作用

严格落实欺诈骗取医保基金行为举报奖励制度，激励群众和社会各方积极参与监督，依照相关规定对符合条件的举报人予以奖励。鼓励实名举报，加强隐私保护，切实保障举报人信息安全。畅通投诉举报渠道，公开举报电话、邮箱等，对群众举报投诉、媒体曝光和其他部门移交的线索进行重点检查，做到凡信必核、有案必查、严查快办。

第五节 落实医保基金监管信用管理

推进医疗保障信用信息管理，落实定点医药机构和参保人医保信用记录、信用评价和积分管理制度。运用定点医药机构综合绩效考评机制，加强对定点医药机构、医保医师考核，将信用评价结果、综合绩效考评结果与预算管理、结余留用、检查稽核、协议管理等挂钩。建立定点医药机构信息报告制度，每年向医疗保障部门报告药品、医用耗材进销存，医疗服务项目开展情况及财务信息等，并对其真实性和完整性进行承诺。落实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制度，依法依规实施守信联合激励和失信联合惩戒。

第六节 推进实施综合监管和社会监督

适应医保监管特点，完善部门间相互配合、协同监管的综合监管制度和协同执法工作机制。进一步完善医保基金监管联席会议制度，统筹协调基金监管重大行动、重大案件查处等工作。逐步建立医疗保障信息披露制度，医保经办机构定期向社会公告医疗保障基金的收入、支出、结余等情况，主动接受社会监督。建立医保基金社会监督员制度，鼓励和支持社会各界参与医保基金监管，对定点医药机构、经办机构、参保人员等进行广泛深入监督，促进形成社会监督的良好态势。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，实现政府监管和社会监督、舆论监督良性互动。

专栏6 医保基金常态化、制度化、精细化管理工程

1. 扎实组织飞行检查。采取下查一级模式，市级重点检查二级医疗机构并对各县（市、区）全覆盖；县级重点检查一级及以下医疗机构，并对辖区内医疗机构全覆盖。
2. 强力推进存量问题动态清零。压实地方政府属地责任，卫健部门行业主管和医保部门监管责任，医疗机构和医务人员主体责任，对发现问题实现动态清零。
3. 提升智能监控能力。实现智能监控疑点交互、异常指标提醒、定点医药机构自查、经办机构稽查审核、飞行检查和查处通报常态化，强化智能监控应用，实现监管过程和结果分析精细化。

第七章 优化经办管理服务，推进医保服务 高效便捷

第一节 完善医保经办服务体系

加强医疗保障公共服务平台标准化、规范化建设，推动建立覆盖市、县、乡镇（街道）、村（社区）的医疗保障服务网络。建立统一规范的医保公共服务和稽核监管标准体系，统一经办规程，规范服务标识、窗口设置、服务事项、服务流程、服务时限，推进标准化窗口和示范点建设。根据参保人数、服务量、服务半径等，合理配置经办人员，建设与医疗保障服务要求相适应的专业队伍。政府合理安排预算，加强医疗保障公共管理服务能力配置，保证医疗保障公共服务机构正常运行。通过政府购买服务等方式，加强基层医保经办服务办理，大力推进服务下沉，构建县级有经办服务大厅、乡镇（街道）有经办服务窗口、行政村（社区）有服务人员的线下经办服务体系。经办机构应当建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，做好服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付等工作，提高经办管理服务能力和效率。

第二节 优化业务经办流程

持续深化“放管服”改革，全面落实《石家庄市医疗保障经

办政务服务事项清单》，通过数据共享、业务协同等手段，优化医保政务服务事项办理流程，缩减承诺办理时限，提高即办事项数量。压简提交材料，能通过数据核验、部门间共享获取的，不再要求提供申请材料，全面实现“最多跑一次”。推行医保经办服务窗口“综合柜员制”，实现服务前台不分险种、不分事项一窗受理，后台分办联办。

第三节 推进异地就医直接结算服务

进一步优化异地就医直接结算服务，深入推进普通门诊费用异地就医直接结算工作，扩大异地就医门诊直接结算范围。在实现跨省异地就医普通门诊费用直接结算的基础上，探索开展高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗等部分门诊慢特病跨省异地就医费用直接结算试点工作，解决群众跑腿垫资问题，积极推进京津优质医疗资源纳入我市医保定点范围，方便参保群众在异地享受同城待遇。进一步增强参保群众的幸福感、获得感。

第四节 完善“互联网+”医保服务

推进医保经办服务管理与我市政务服务、网上服务平台衔接，通过“互联网+”服务平台，为参保人员提供更加便捷的在线业务办理方式，实现“掌上办”、“网上办”。依托国家统一医保信息平台，参保人或参保单位办理参保登记、跨省医保关系转

移接续、医保信息查询等经办政务服务事项。支持“互联网+医疗”等新服务模式发展，对定点医疗机构提供的“互联网+医疗”服务，与医保支付范围内的线下医疗服务内容相同，且执行相应公立医疗机构收费价格的，经相应备案程序后纳入医保支付范围并按规定支付。

第五节 提升医保经办服务质量

坚持传统服务方式和信息化手段相结合，统筹兼顾特殊群体经办服务需求，采取多种形式为参保群众提供全方位优质服务。全面落实一次性告知、首问责任制，深入实施“好差评”制度。持续深化医疗保障系统行风建设，提升窗口单位工作人员服务能力。畅通医保咨询服务渠道，各级医保经办设立客服热线专用号码，提升热线工作人员业务能力，实现医疗保障热线服务与12345政务服务便民热线相衔接，向群众提供应答及时、咨询有效、解决率高的专业化医保热线服务。

专栏7 医疗保障经办服务提质增效工程

1. 建立覆盖市、县、乡镇（街道）、村（社区）的四级医疗保障服务网络，做实市、县级经办机构，巩固提高经办服务能力。通过购买服务等方式，在乡镇（街道）设立医保专职岗位。依托基层社保所、村卫生室等力量，配备自助设备，逐步实现村级经办服务全覆盖。
2. 推动“互联网+”在医保政务服务领域运用，实现医保政务服务事项全流程网上办理。
3. 落实全省医疗保障经办机构规范化建设工作部署，打造县级医保经办服务示范窗口和基层医保服务示范点，推动医保经办服务下沉。
4. 畅通医保咨询服务渠道，各级医保经办设立客服热线专用号码，提升热线工作人员业务能力，实现医疗保障热线服务与12345政务服务便民热线相衔接，向群众提供应答及时、咨询有效、解决率高的专业化医保热线服务。

第八章 打造智慧数字医保，全面提升 信息化水平

第一节 加快医疗保障信息平台建设

加快推动国家统一医保信息平台在我市落地实施，实现便捷可及“大服务”、规范高效“大经办”、智能精准“大治理”、融合共享“大协作”、在线可用“大数据”、安全可靠“大支撑”的医疗保障信息化建设目标。进一步完善系统功能，实现一网通办、一站式联办、一体化服务，为参保对象提供更加高效、便捷、贴身的个性化、智能化服务。

第二节 强力推进医保电子凭证广泛应用

扩大医保电子凭证应用场景，所有医疗保障经办机构和定点医药机构具备电子凭证应用条件，在参保登记、信息查询、经办管理等公共服务方面发挥更大作用，支持参保患者使用医保电子凭证和社保卡完成预约挂号、医保结算、移动支付、就诊取药、查阅报告等全流程就医购药服务，进一步改善参保群众医疗保障体验，提升服务满意度。

第三节 全面提升医疗保障数据综合治理能力

按照国家、省信息化建设工作安排，实现全市医保数据交互

管理，强化医疗保障大数据开发应用，为政策制定、待遇调整、筹资标准、支付比例等决策提供数据支撑。有序推动医保数据共享，建立健全数据共享机制，构建横向与政务部门、纵向与各级医保部门的信息共享通道，推动医保数据依法依规有序共享，实现跨地区、跨业务、跨部门业务协同。开展参保结构、用药结构、健康结构等数据精准分析，在确保参保人信息安全的前提下，与医疗机构、药品生产企业、医疗健康机构实现信息共享，促进卫生健康产业发展。

第四节 确保医保信息系统和数据安全

全面落实网络安全责任制，加强医疗保障信息系统安全，推进信息系统安全等保测评和定级备案工作，完善网络安全责任体系。制定医疗保障数据安全管理办法，规范数据管理和应用，加强参保信息数据管理，明确使用和交互权限，依法保护参保人员基本信息和数据安全。

专栏 8 智慧医保建设工程

1. 强力推进医保电子凭证推广应用，拓展应用场景，提高激活数量，推动医保电子凭证实现预约挂号、医保结算、移动支付、就诊取药、查阅报告等全流程就医服务。
2. 依托国家医保标准化体系和医疗保障信息平台，横向构建与政务部门、纵向与各级医保部门信息共享渠道，逐步推动医保公共数据资源和服务资源开发共享，实现信息共享和业务协同。
3. 全面提升医疗保障信息平台网络安全防护水平，开展网络安全等级保护测评，防范化解网络安全风险隐患。

第九章 扎实推进法治医保建设，提高依法治理能力

第一节 坚持有法必依

坚决贯彻落实《社会保险法》和《医疗保障基金使用监督管理条例》等系列国家医疗保障法律、法规，推动医疗保障地方性法规、政府规章的起草、修定，充分发挥法治建设对医疗保障事业发展的引领性、基础性和支撑性作用。严格规范性文件管理，全面落实规范性文件合法性审查和公平竞争审查制度，定期对规范性文件进行清理和评估。

第二节 严格规范行政执法行为

全面推行行政执法公示制度、执法全过程记录制度、重大执法决定法制审核制度，公开执法职责、执法依据、执法标准、执法程序、监督途径、执法结果，提高医疗保障行政执法规范化水平。全面实施清单管理制度，通过权责清单明确法无授权不可为、法定职责必须为。强化行政复议决定的执行，纠正违法或不当行政行为。落实行政处罚裁量基准，规范各级医疗保障执法部门依法行使行政处罚裁量权，保护自然人、法人和其他组织的合法权益。对权力清单、执法清单、责任清单实行动态管理，并及

时向社会进行发布，加大医疗保障行政执法透明度，提升行政执法水平。

第三节 强化医保法治宣传

按照“谁执法谁普法”的要求，严格落实普法责任制，深入开展法治宣传教育，充分发挥法治固根本、稳预期、利长远的保障作用。持续推进普法责任制与业务工作有机融合，不断创新医疗保障法治宣传教育理念、宣传教育形式，提高定点医药机构和参保人员法治意识，合理引导社会各界参与监督，营造良好法治环境。落实领导干部学法制度，加强基层执法人员培训，努力提升法治素养。

专栏 9 法治医保建设工程

1. 系统梳理涉及医疗保障领域行政规范性文件，结合医疗保障工作实际，研究提出归并实施、废止或修订等意见，加快形成新的集成高效的医疗保障规范性文件体系，为事业高质量发展提供有效支撑。
2. 全面落实行政执法三项制度，规范行政执法自由裁量权，提高行政执法透明度和公平度，提升医疗保障行政执法规范化水平。做好行政执法公示，确保行政执法信息依法及时公示，行政处罚决定书全文公示率达到 100%。
3. 组织开展医疗保障行政处罚案卷评查，提高全系统行政处罚案卷的质量。

第十章 强化刚性实施，推动规划落实

“十四五”时期全市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，确保本规划各项任务落实到位。

第一节 加强组织领导

坚决贯彻落实习近平总书记重要指示批示精神和市委、市政府各项决策部署，将党的领导贯彻到医疗保障改革发展始终，层层压实各级医疗保障部门主体责任，切实加强规划编制实施的组织领导，实行“一把手”负责制，逐级分解落实，层层压实责任，综合运用行政、经济、市场等各种手段，确保规划高标准高质量实施。

第二节 健全实施机制

建立规划实施机制，做好规划重点任务分解，明确责任单位、实施时间表和路线图，提升规划实施效能。建立健全规划监测评估机制，定期开展规划年度评估，监测重点任务进展、主要指标完成情况，适时组织规划中期和总结评估，加强年度工作计划与规划实施衔接。建立部门协作机制，加强与财政、税务、公

安、民政、乡村振兴等部门对接，研究解决规划实施中跨部门、跨区域、跨行业的重大问题，形成推动规划实施合力，认真抓好组织实施。

第三节 强化队伍建设

充实基层医疗保障部门工作力量，打牢工作基础，不断提升医保经办人员服务能力和业务水平。加强各级医疗保障部门干部教育和培训，提升医保干部的理论学习能力、狠抓落实能力、务实创新能力和依法行政能力，满足医保事业高质量发展需要。加强平时考核，大力树立先进典型，激发干部创业的内生动力。加强党风廉政建设，牢固树立底线思维，强化廉政风险点控制，有针对性地建立健全各项预防措施，着力打造一支廉洁、勤政、务实、高效的医疗保障干部队伍。

第四节 加大宣传引导

利用电视、广播、报刊和网络等媒体，大力宣传医疗保障政策及效果，及时开展政策宣传解读，做好政府信息公开和新闻发布，合理引导社会预期，积极回应社会关切，争取理解和支持，积极营造全社会人人关心医保，人人支持医保，自觉维护医保基金安全的良好氛围，为规划实施创造更加有利的社会环境。