

郑州市“十四五”医疗保障发展规划

(征求意见稿)

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。为贯彻落实党中央、国务院关于深化医疗保障制度改革决策部署，推动我市医疗保障事业高质量发展，保障人民健康，促进共同富裕，依据《“十四五”全民医疗保障规划》《河南省“十四五”医疗保障发展规划》和《郑州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，制定本规划。

一、规划背景与总体思路

(一) 规划背景

“十四五”时期是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，党的十九届五中全会绘制了“十四五”和二〇三五年远景目标蓝图，中共中央 国务院发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》，我国医疗保障体制改革拉开了新序幕。

1. 党中央国务院的决策部署。习近平总书记深刻指出，“我们建立全民医保制度的根本目的，就是要解除全体人民的疾病医疗后顾之忧”。保障人民群众获得公平、可及、优质的医疗卫生服务，需要高质量医疗保障事业的支持。2018年以来，国家和各地医疗保障局相继成立，这是党和国家为保障人民群众就医需求、提高

全民健康水平作出的重大战略决策，也是推进国家治理体系和治理能力现代化的重要举措。《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确指出，到 2025 年，医疗保障制度更加成熟定型，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。

2. 中部地区发展战略叠加要求。郑州是中部崛起、黄河流域生态保护和高质量发展等国家战略叠加实施的国家中心城市，郑州航空港综合实验区、自贸区郑州片区、国家自主创新示范区、跨境电商综试区、国家大数据综试区等发展战略叠加落地。在国家大力实施中部地区发展战略，河南省加快推进“1+4”郑州都市圈建设，推动郑开同城化建设，推进郑新、郑焦、郑许一体化发展时代背景下，人民群众对于异地就医和医保一体化服务的需求越来越强烈，对郑州市医疗保障事业的发展提出了新要求、新挑战。

3. 郑州建设国家中心城市现实需要。郑州是河南省省会、国家中心城市，国家中心城市地位的确立、经济社会的快速发展，给郑州市医疗保障事业的发展带来有利因素。建设国家中心城市提出绿色经济与营商环境、居民健康与宜居环境的建设需求，为我市医疗保障事业创新发展创造了良好环境，也提出了挑战。加快构建适应国家中心城市发展需要的多层次医疗保障体系，对于提高郑州经济发展首位度、增强千万郑州人民的医保获得感、幸福感意义重大。

（二）发展基础

1. 医疗保险参保人数持续增加。2020年医疗保险参保人数达到784.79万人。职工参保人数从“十二五”期末的145.74万人增长到“十三五”期末的254.22万人，增长1.74倍；城乡居民医保在2017年实现了整合，2020年参保人数达到530.57万人。

2. 医疗保障制度体系持续完善。基本医疗保障制度进一步完善；建立了大病保险和困难群众大病补充保险制度，进一步减轻了群众负担；统一全市医疗救助政策，分类实施困难群众资助参保、特殊病种门诊救助、住院救助、重特大疾病医疗救助等保障措施，确保将困难群众精准纳入医疗救助。

3. 待遇保障水平持续提升。城乡居民医保财政补助标准由2015年的420元/人·年提高到2020年的750元/人·年，职工医保和居民医保年度最高支付限额统一提高到55万元，城乡居民医保大病保险起付线由1.5万元降至1.1万元。

4. 医保基金监管持续强化。把维护基金安全作为首要政治任务，切实压实各级责任。强化部门协同，开展“双随机、一公开”检查、突击检查、交叉互查等检查行动，扎实推进打击欺诈骗保专项治理行动，持续巩固高压震慑态势。医保局成立以来，共检查定点医药机构4036家，处理违约违规定点医药机构760家，拒付、追回医保基金3.12亿元。

5. 重点领域改革持续深入。深化医保支付方式改革，实行以总额预付为主，以按项目、病种付费为辅的复合付费方式。完成

7 批次 184 种药品的集中采购工作，集采总剂量 2.91 亿片（剂/袋），总价值 1.43 亿元，药品价格平均降幅 50%以上，部分药品降幅超过 90%。取消药品耗材加成，两次调整医疗服务价格。创新规范医疗服务项目价格定价规则，逐步理顺医疗服务比价关系。

6. 医保扶贫工作扎实有效。2020 年建档立卡贫困人口 91267 人实现应保尽保，贫困人口大病保险住院起付线由 0.75 万元降为 0.55 万元，报销比例较普通居民提高 25 个百分点，取消大病保险年度内报销封顶线，通过“一降一提”进一步减轻贫困人口大病医疗费用负担，各项待遇实现“一站式”直接结算。通过“四重医疗保障”，建档立卡贫困人口住院合规医疗费用报销比例达到 90%左右，有力保障了贫困人口的医疗健康，为我市决战决胜脱贫攻坚做出了积极贡献。

（三）发展形势

“十四五”时期是我们在全面建成小康社会基础上，乘势而上开启高水平推进社会主义现代化建设的重要时期，也是郑州加快国家中心城市现代化建设、推进黄河流域生态保护和高质量发展重大国家战略实施的关键阶段，我市医疗保障事业发展面临难得历史机遇，也面临严峻挑战。

从机遇上看，党中央、国务院高度重视医疗保障工作，出台了一系列医疗保障制度改革的纲领性文件和重大政策措施，医疗保障顶层设计和法规体系日趋完善，医保事业发展的政治基础更加牢固。我国开启全面建设社会主义现代化国家新征程，经济长

期向好的基本面没有改变，以国内大循环为主体、国内国际双循环相互促进的新发展格局释放新需求，市委、市政府高度关注民生福祉发展，民生支出占比持续提升，医疗保障事业发展的经济基础将更加牢固。科技领域创新突破加速推进，医疗保障事业发展的科技基础更加坚实。

从挑战上看，我国社会主要矛盾发生变化，医疗保障水平与人民群众的需求还有一定差距。医疗保障发展不平衡不充分，管理不精细，服务不便捷等问题依然存在。多层次医疗保障体系尚不健全，城乡居民医疗保障水平较低，医疗救助不够精准，商业健康保险发展滞后，社会慈善力量参与有限。人口老龄化速度加快，疾病谱发生较大变化，医疗新设备、新技术、新药品不断涌现，影响医保基金支出的因素增多，医保基金运行风险不断上升。

我们一定要认清经济社会发展大势，勇于面对新形势和新挑战，把握医保发展趋势，顺应医保改革发展需要，把握好医保基金稳健运行和人民日益增长的全生命周期健康需求之间的关系，持续深化医疗保障制度改革，不断提升医保治理能力和治理水平，为实现医疗保障高质量发展的目标努力奋斗。

（四）总体要求

1. 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，深入贯彻习近平总书记关于医

疗保障工作的重要论述，坚持以人民为中心的发展理念，以推动医疗保障高质量发展为主题，以深化医疗保障制度改革为主线，以增进人民群众健康为目的，完善医疗保障制度体系，健全医疗保障配套治理机制，发挥医保基金战略性购买作用，推进医保和医药服务协同发展，提高医疗保障公共服务能力和水平，推动医疗保障治理体系和治理能力现代化，努力解除人民群众的疾病医疗后顾之忧，为我市加快建设国家中心城市提供有力支撑。

2. 基本原则

一是坚持党的全面领导。始终坚持党对医疗保障工作的领导，增强“四个意识”，坚定“四个自信”，做到“两个维护”，自觉服从和服务我市中心工作和改革发展稳定大局。

二是坚持以人民健康为中心。以实现人人享有基本医疗保障为目标，切实解决发展不平衡不充分的突出问题，把保障人民健康作为医保工作的出发点和落脚点，增进民生福祉，促进社会公平，推进共同富裕。

三是坚持保基本可持续。坚持实事求是，尽力而为、量力而行，把保基本理念贯穿始终，科学合理确定筹资标准、筹资渠道、待遇水平，提高基金统筹共济能力，防范和化解基金运行风险。

四是坚持优质服务。深入推进医保领域“放管服”改革，优化业务流程，加强服务能力建设，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。

五是坚持系统集成。准确把握医疗保障各方面之间、医疗保障领域和相关领域之间的联系，增强工作的系统性、整体性和协同性，促进政策之间衔接平衡。立足于医疗、医药、医保、医养、医改的关联性，坚持“五医”联动，统筹谋划，协调推进，汇聚改革合力，推动医疗保障改革取得更大成效。

3. 发展目标

到 2025 年，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医疗保障制度体系基本成熟定型，初步形成现代化医疗保障治理体系，实现人人享有更加公平可及、优质高效的医疗保障服务。

一是多层次医疗保障体系更加成熟定型。基本医疗保险主体保障功能进一步强化，基本医疗保险、补充医疗保险、医疗救助三重保障功能更加完善，商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助协同发展。

二是筹资机制更可持续。医保参保缴费政策逐步完善，参保人员、用人单位和政府等各方责任更加均衡。以收定支、收支平衡的可持续筹资机制全面建立。个人参保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健全完善。医疗救助筹资政策更趋合理。

三是支付机制更加科学。总额预算管理全面实施，多元复合型支付体系更加完善，医保协商谈判机制更加合理，支付机制的激励约束作用明显发挥。

四是基金监管机制更加健全。基金监管制度体系和执法体系基本建成，全领域、全流程的基金安全防控机制更加完善，党委领导、政府监管、社会监督、行业自律、个人守信相结合的全方位监管格局基本形成。

五是医药服务供给侧改革更加深入。药品、医用耗材集中带量采购常态化开展，科学合理的医疗服务价格体系基本形成，医疗资源布局更加优化，医疗服务行为进一步规范，医保、医疗、医药协同发展，医保助力医药卫生体制改革效果更加显著。

六是医保服务更加优质。以智慧医保建设为依托的医疗保障公共服务惠及全市人民，医保关系转移接续、异地就医直接结算服务更加便捷，市县乡村四级医疗保障经办服务体系建立健全，医疗保障延伸服务点布局更加完善，人民群众获得感、幸福感、安全感全面提升。

表 1 郑州市“十四五”医疗保障规划指标体系

类别	指标	2020 年	2025 年	指标性质
制度覆盖	职工医保参保率	≥95%	≥97%	约束性
	居民医保参保率	≥95%	≥97%	约束性
	医疗救助覆盖率	100%	100%	约束性
基金运行	职工医保统筹基金收入	66 亿元	122 亿元	预期性
	职工医保统筹基金支出	71 亿元	119 亿元	预期性
	职工医保基金累计结余	80 亿元	96 亿元	预期性
	居民医保统筹基金收入	53 亿元	71 亿元	预期性
	居民医保统筹基金支出	55 亿元	70 亿元	预期性
	居民医保基金累计结余	16 亿元	13 亿元	预期性
待遇保障	职工基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例（%）	80%左右	保持稳定	预期性
	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（%）	70%左右	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%	约束性
支付机制	实行按疾病诊断相关分组付费、按病种分值付费、按单病种付费的住院费用占全部住院费用的比例（%）	—	70%	预期性
	紧密型医共体总额付费占医共体的比例	—	100%	预期性
基金监管	定点医疗机构监督检查覆盖率	—	100%	约束性
	医保智能监控覆盖率	—	100%	预期性
医药服务供给	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	>500	预期性
	高值医用耗材集中带量采购品种（类）	1	>5	预期性
医保服务	住院费用跨省直接结算率（%）	≥30%	≥80%	预期性
	医疗保障政务服务事项线上可办率（%）	—	≥90%	预期性
	医疗保障政务服务事项窗口可办率（%）	—	100%	约束性

二、“十四五”期间的主要任务

（一）健全多层次医疗保障制度体系

1. 完善基本医疗保险制度。坚持基本医疗保险制度的公平普惠性，强化基本医疗保险主体保障功能，健全覆盖全民、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，基金分别建账、分账核算。科学确定基本医疗保险筹资标准和待遇水平，促进基本医疗保险可持续发展。完善灵活就业人员和国有（集体）破产困难企业退休人员医疗保险制度。改革职工基本医疗保险个人账户，科学合理确定个人账户计入办法和计入水平，建立门诊共济保障机制。进一步整合生育保险和职工基本医疗保险基金及管理资源，强化基金共济能力，提升管理综合效能。积极维护职工生育保障权益，将生育三孩的费用纳入生育保险支付范围，按时足额支付生育医疗费用和参保女职工生育津贴，提高女职工生育三孩的积极性，促进我市人口与经济社会协调发展。

2. 完善医疗救助制度。建立跨部门、多层次、信息共享的救助对象及时准确识别机制。科学确定救助对象、救助范围、救助水平，实施精准医疗救助。全面落实资助重点救助对象参保缴费政策，健全重点救助对象医疗费用分类救助机制。建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制，增强医疗救助托底保障功能。做好医疗救助政策与乡村振兴战略有效衔接。推进困难群众大病补充医疗保险和医疗救助制度整合。健全重特大疾病医疗保险和救

助制度。通过明确诊疗方案、规范转诊等措施降低医疗成本，合理控制政策范围内自付费用比例。提升医疗救助服务水平，实现医疗救助与基本医疗保险、大病医疗保险一站式结算。

3. 规范补充医疗保险。规范和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。职工大额医疗费用补助和公务员医疗补助按照国家规定的药品、医用耗材和医疗服务项目三个目录的支付范围支付。统筹考虑筹资水平和各方承受能力，科学确定职工医保叠加职工大额医疗费用补助的最高支付限额。完善和规范城乡居民大病保险制度，在全面落实大病保险普惠政策的基础上，按相关规定对特困人员、低保对象和返贫致贫人口实施倾斜保障政策。

4. 探索建立长期护理保险制度。适应经济社会发展水平和老龄化发展趋势，建立长期护理保险制度，为长期失能人员的基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供资金和服务保障。建立互助共济、责任共担的多渠道筹资机制，形成与经济社会发展和保障水平相适应的筹资动态调整机制。建立公平适度的待遇保障机制，合理确定待遇保障范围和基金支付水平。建立长期护理保险需求认定、等级评定等标准和管理办法，明确长期护理保险基本保障项目。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。鼓励商业保险机构开发商业长期护理保险产品。

5. 促进发展商业医疗保险。用足用好商业健康保险个人所得税政策，鼓励商业保险机构提供医疗、疾病、康复、照护等多领域的综合性健康保险产品或服务，推进本地化健康保险产品定制和服务创新。探索职工医保个人账户家庭互助共济有效方式。加强商业健康保险市场行为监管，依托“互联网+”和数字化优势，全面提升商业健康保险参保理赔便利性。

6. 鼓励慈善捐赠，支持医疗互助。统筹调动慈善组织参与医疗救助，支持慈善组织设立大病救助项目，加强慈善救助、网络救助平台各类社会力量医疗保障救助行为监管。更好发挥医疗互助低成本、低缴费、广覆盖、广受益的优势，加强制度建设，规范医疗互助发展。研究解决基本医疗保险与商业健康保险、慈善救助、医疗互助之间的信息系统有效衔接，推动医疗保障与医疗互助信息共享，充分发挥医疗保险和医疗互助的协同效应。加强工会医疗互助组织建设，组织职工互助互济，更好减轻职工医疗费用负担。

（二）增强医保精准保障能力

1. 实现基本医保应保尽保。深入推进全民参保，实现基本医疗保险法定人群全覆盖，完善灵活就业人员参保方式，落实困难群众参保资助政策，实现应保尽保。加强参保数据统计，实现与公安、司法、民政、卫生健康、教育、税务、乡村振兴、残联等部门的数据共享，形成全民参保计划库。清理户籍、居住证、学

籍等以外的参保限制，推动各类人群依法依规参保，引导居民在常住地参保，加强贫困人口、大中专学生、新生儿、退役军人、灵活就业人员、被征地农民等重点人群参保缴费服务。做好流动就业人员跨统筹地区基本医保关系转移接续工作。加强参保缴费服务，压实参保征缴责任，拓展参保缴费渠道。

2. 完善稳健筹资机制。按照与各方承受能力相匹配、与基本健康需求相协调的原则，合理确定职工医疗保险的费率、用人单位和个人的缴费分担比例，建立动态调整机制。合理划分城乡居民医保的政府与个人的筹资责任，政府补助和个人缴费与经济发展水平和居民人均可支配收入相适应。研究积极应对人口老龄化医疗负担的筹资政策，完善政府、社会、个人多方共担的筹资机制。适应新业态发展，完善灵活就业人员参保缴费方式。加强缴费基数稽核，夯实缴费工资基数。

3. 做实市级统筹。按照基本政策、待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理、信息系统“六统一”的标准，全面做实基本医疗保险市级统筹。加强基金收支管理，增强基金互助共济作用，提高基金整体抗风险能力。明确市县两级职责，压实各级各部门责任。建立医疗保险参保扩面和基金收支年度计划制度，合理确定基金收支缺口分担办法。推进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调，提高救助资金使用效益。探索推进我市医疗保障部门垂直管理。根据全省医疗保障体制改革进度安排，落实省级调剂金制度。

4. 科学确定待遇水平。坚持基本保障、公平享有，尽力而为、量力而行，严格执行国家医疗保障待遇清单制度，贯彻国家关于医疗保险基本制度、基本政策、基金支付范围政策规定。坚持精算平衡原则，合理确定基本医疗保险筹资标准和待遇标准。实施公平适度保障，纠正过度保障和保障不足问题。完善医疗保障待遇政策，统筹确定住院起付标准、报销比例和最高支付限额，根据医保基金承受能力，适时调整医疗保障水平。积极探索缴费年限、缴费水平与待遇挂钩机制。做好门诊统筹、门诊慢特病待遇、住院待遇三者之间的有机衔接，完善城乡居民门诊统筹制度，调整门诊慢特病管理办法，改进城乡居民“两病”门诊用药保障机制，完善重特大疾病门诊特定药品使用制度。

5. 提高医疗保障防贫减贫能力。巩固拓展医保脱贫攻坚成果，统筹发挥基本医保、大病保险和医疗救助三重制度综合梯次减负功能，分阶段、分对象、分类别有序调整医保倾斜政策，增强医疗救助托底保障功能。优化脱贫人口医疗救助资助参保政策。对特困人员给予全额资助，对低保对象给予定额资助。过渡期内，定额资助乡村振兴部门认定的返贫致贫人口以及脱贫不稳定且纳入相关部门农村低收入人口监测范围的人员，未纳入监测范围的稳定脱贫人口，按标准退出，不再享受资助政策。依托医保信息系统对重点监测对象参保缴费及医疗费用支出情况进行动态监测，对一般监测对象的医疗费用支出情况进行监测，及时将监测

结果反馈相关部门，做好高额医疗费用支出导致基本生活严重困难人员的研判预警工作，建立健全防范化解因病致贫返贫的长效机制。

6. 完善重大疫情医疗费用保障机制。建立应对突发疫情等特殊情况的医疗保障应急处理机制，制定应急预案，增强应急响应能力。落实国家突发疫情紧急情况期间医疗费用保障办法和医保支付政策，按要求将重大疫情医疗救治中的药品和诊疗项目及时纳入医保支付范围。保障突发疫情等紧急情况期间的救治经费，确保医疗机构先救治、后收费。建立健全重大疫情医保基金预付和医疗费用结算、清算机制，确保患者不因费用问题影响就医，确保医疗机构不因费用问题影响救治。根据国家统一部署，通过有针对性免除医疗保险限制性条款等措施，落实特殊群体、特定疾病医药费豁免制度。统筹医疗保障基金和公共卫生服务资金使用，提高对基层医疗机构的支付比例，实现公共服务和医疗服务有效衔接。落实重大疫情期间医疗保险费减征缓缴政策，切实减轻参保单位负担。

（三）建立管用高效的医保支付机制

1. 加强医保目录使用管理。严格执行国家、省医保目录和相关支付标准，切实做好药品目录、医疗服务项目目录、医用耗材目录动态维护工作，加强对定点医药机构目录对照工作的监督和指导。合理确定乙类药品、支付部分费用诊疗项目首付比例。加强医用耗材使用管理，完善医用耗材支付政策。推动医保目录管

理与医保支付标准紧密衔接，持续规范医药服务行为。

2. 完善医保协议管理。根据国家、省规范协议管理的有关要求，结合我市实际完善基本医疗保险协议管理办法，修订协议文本，明确权利义务责任，规范医疗费用结算、医保待遇审核、医药价格执行、医保支付方式、违约处理、联网和信息共享等内容。根据参保人员地理分布、医药服务需求、人口老龄化等情况，科学编制两定机构区域布局规划。优化医药机构定点申请流程，改进评审办法，将符合条件的医药机构纳入医保协议管理范围，支持“互联网+医疗”等新服务模式发展。严格执行国家、省定点医药机构绩效考核办法和考核细则，完善绩效考核规程，将考核结果与医保基金支付挂钩，完善定点医药机构退出机制，提升医疗保障精细化管理水平。

3. 深化医保支付方式改革。加强医保基金总额预算管理，推行按病种（病组）、按人头、按床日、按项目等多元复合式医保支付方式，建立健全协商谈判机制、激励约束机制和考核评价体系，实现医疗保险资金使用更加有效，促进医疗资源配置更加合理。依据大数据科学决策，探索实施按疾病诊断分组（DRG）付费和按病种分值付费（DIP），逐步优化和完善分组方案及付费规则，引导医疗机构主动控制成本、规范诊疗行为、加强临床创新，促进分级诊疗。探索完善紧密型县域医共体总额预算、结余留用、合理超支分担、健康评估与奖励的以健康为中心的支付政策。

4. 促进中医药传承发展。坚持中西医并重，引导和鼓励基本

医疗保险参保人员使用中医药服务，降低医疗费用支出，缓解群众看病难、看病贵问题。探索将中医优势明显、费用明确的病种实施DIP付费，合理确定付费标准。落实中医医疗服务项目和医院制剂、中药饮片（含颗粒剂）纳入医保支付范围的政策规定。将符合条件的中医医疗机构纳入医保定点协议管理范围。以临床价值为导向，以中医优势服务、特色服务为重点，加大政策支持力度，完善医疗服务价格形成机制。医疗服务价格调整时重点考虑中医等体现医务人员技术劳务价值的医疗服务项目。

（四）推动医保运行提质增效

1. 提升医保基金预算编制和执行水平。科学编制医疗保障基金收支预算，以市为单位，统一编制职工医保、居民医保基金收支预算。充分考虑经济社会发展水平、医疗费用控制目标、待遇政策调整、参保人员年龄结构等因素，切实提高基金预算编制科学化、规范化水平。完善基金预算编制多部门联合审核机制，建立基金预算绩效管理全过程机制，加强预算执行监督，落实预算编制目标。

2. 全面推行基金预算绩效管理。注重绩效引领，按照“预算精准、负担合理、运行高效”的建设目标，构建符合新时代发展需求的基金绩效评价体系，全面实施基金绩效评价管理办法，通过绩效评价的指挥棒，发挥好激励约束作用，促进基金管理提质增效。健全基金运行风险评估和预警机制，将评估结果作为筹资、待遇和支付方式等政策调整的重要依据。

3. 建立基金收支平衡机制。树立医保基金中长期平衡观念，建立综合治理机制。积极引入第三方专业力量，开展医保基金中长期精算评估。积极开展医保待遇调整和政策改革的基金风险评估。建立医保基金运行全周期风险监测预警防控系统，科学设置基金风险预警线，实现风险分级监测预警，确保基金安全平稳运行。

（五）健全严密有力的基金监管机制

1. 强化依法监管能力。深入贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，加快推进基金监管制度体系改革，构建全领域、全流程的基金安全防控机制，基本建成医保基金监管制度体系和执法体系，形成以法治为保障，信用管理为基础，多形式检查、大数据智慧监管为依托，党委领导、政府监管、社会监督、行业自律、个人守信相结合的全方位监管格局。夯实监管责任，进一步健全医疗保障、卫生健康、市场监督管理、公安等相关部门各负其责的监管责任体系。加强医保基金监管能力建设，加强人员力量，强化技术手段，积极推进基金监管专门机构建设。引入第三方力量参与医保基金监管，提高监管效能。落实协议管理、费用监控、稽查审核责任。完善经办机构内控制度，筑牢基金监管内控防线。全面落实行政执法各项制度，规范基金监管执法行为。

2. 健全监督检查制度。推行“双随机、一公开”监管机制，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检查制度。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。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。全面落实行政执法责任制，规范执法权限、程序和处罚标准，依法依规行使自由裁量权。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；探索实施基金运行全过程绩效管理，建立医保基金绩效评价体系。

3. 建立全方位智能监控制度。建立医保智能监控系统，加强大数据应用，实现基金监管从人工抽单审核向大数据全方位、全流程、全环节智能监控转变。加强对定点医疗机构临床诊疗行为的引导和审核，强化事前提示、事中监管、事后处置。针对欺诈骗保行为特点，不断完善药品、诊疗项目、医用耗材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，提升智能监控效能。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。

4. 建立医疗保障信用管理制度。建立定点医药机构信息报告制度，定期向医疗保障部门报告与基金使用相关的信息，并对其真实性和完整性进行承诺。推进医疗保障信用体系建设，建立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。创新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。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。

5. 建立医疗保障综合监管制度。适应医保管理服务特点，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，推进信息共享和互联互通，推行网格化管理。对查实的欺诈骗保行为，按照法律法规规定和职责权限对有关单位和个人进行处理。建立健全打击欺诈骗保行刑衔接工作机制。医疗保障部门负责研究制定基金监管相关政策并制定实施措施，依法监督管理纳入医保支付范围的医疗服务行为和医疗费用，牵头组织联合检查，依法依规查处医疗保障领域违法违规行为；发展改革、公安、民政、司法、财政、人力资源社会保障、卫生健康、审计、乡村振兴、大数据、市场监管、税务等部门按照各自职责做好相关工作。

6. 完善社会监督制度。鼓励和支持社会各界参与医保基金监管，实现政府监管和社会监督、舆论监督良性互动。建立信息披露制度，医保经办机构定期向社会公告基金收支、结余情况，公开定点医药机构医药总费用、次（人）均费用、病种费用等信息，主动接受社会监督。定点医药机构要及时向社会公开医药费用、费用结构等信息。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、医药机构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、社会监督员参与监督检查、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。完善举报奖励制度，畅通投诉举报渠道，公开举报电话、邮箱等，依据相关规定及时兑现奖励，激励群众和社会各方积极参与监督；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。

（六）改革完善医药服务供给支撑体系

1. 全面开展药品、医用耗材集中带量采购和使用。落实药品与耗材集中采购和使用改革政策，推进集中带量采购常态化制度化，积极推动河南省中部片区联盟药品与耗材集中带量采购。推动公立医疗机构所需药品和医用耗材全部按规定从平台采购，鼓励社会办医药机构参与集中采购。健全医保支付标准与集中采购价格协同机制，探索医保基金与医药企业直接结算，落实集中带量采购相配套的激励约束机制，促进中选产品优先使用、合理使用。落实国家组织药品与耗材集中采购医保资金结余留用政策。扎实推进谈判药品“双通道”管理，切实提升谈判药品的供应保障水平。

2. 深化医疗服务价格改革。贯彻落实《深化医疗服务价格改革试点方案》，建立科学确定、动态调整的医疗服务价格形成机制，统筹兼顾医疗事业发展需要和各方承受能力，调控医疗服务价格总体水平。执行国家、省医疗服务项目进入和退出机制，提

高新增医疗服务价格项目初审质量，促进医疗创新技术的临床应用。在总体不增加患者负担前提下，重点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，支持儿科等薄弱学科发展，支持中医传承创新发展，支持公立医疗机构提高医疗服务收入占比，推动理顺比价关系，持续优化医疗服务价格结构。

3. 助力医药卫生体制改革。助推医疗、医药、医保、医养、医改“五医联动”，增强改革的整体性、系统性、协同性。坚持医疗保障协商共治，促进数据共享与工作协同。优化医药卫生服务体系结构布局，支持区域医疗中心和紧密型县域医共体建设。合理配置和利用医疗卫生资源，加强基层医疗卫生服务体系和基层全科医生队伍建设，促进分级诊疗，推动建立基层首诊制度，推进家庭医生签约服务，发挥家庭医生作为居民健康和医保控费双守门人作用。规范诊疗行为，加强医疗服务质量管理与控制制度建设，落实总药师制度，完善临床用药监测、评价、超常预警和重点监控药品管理制度。完善公立医院绩效考核制度，考核结果逐步与财政补助、医保基金支付、薪酬总量等挂钩。

4. 支持医养结合发展。统筹落实医养结合优惠扶持政策，将符合条件的医养结合机构中的医疗机构按规定纳入基本医疗保险定点范围。厘清医疗卫生服务和养老服务的支付边界，基本医疗保险基金只能用于支付符合医疗保障范围的疾病诊治、医疗护理、医疗康复等医疗卫生服务费用，不得用于支付生活照护等养老服

务费用。按规定逐步增加纳入基本医疗保险支付范围的医疗康复项目。落实好将偏瘫肢体综合训练、认知知觉功能康复训练、日常生活能力评定等医疗康复项目纳入基本医疗保险范围的政策，为失能、部分失能老年人治疗性康复提供相应保障。完善家庭病床管理办法，提高家庭病床建床费和巡诊费收费标准，提高家庭病床按床日付费医保支付标准。依法规范医养机构医保服务行为，利用信息化手段，对医养机构医保服务进行全方位监控，建立多部门协同合作机制，打击违规行为，整顿行业秩序。

（七）构建便捷高效的医疗保障管理服务支撑体系

1. 加强信息化建设。全面推广应用医保电子凭证，加强电子凭证应用改造，支持挂号、诊间结算、窗口结算、自助服务等各个环节，实现所有定点医药机构全场景应用。贯彻执行15项医疗保障信息业务编码标准。加快医疗保障骨干网建设，高质量完成医疗保障信息平台上线工作，融入全国医疗保障信息化“一张网”。以参保群众为中心，搭建医保互联网服务平台，构建完善数字化、智能化医保服务管理体系。抓好国家医保研究院中部基地建设和国家医保局大数据创新应用平台建设。实现异地就医备案线上办理，推进异地就医住院费用和门诊费用直接结算。强化网络安全保障，提升医保大数据领域创新和数据成果转化能力。依法保护医疗保障信息数据安全，加强参保人员个人数据保护，防止泄露个人隐私。

2. 强化医疗保障公共服务能力。实施保障服务能力提升工

程，加快推动医保经办服务改革，落实“放管服”改革精神，简化办事程序，优化办事流程。推动医保服务标准化建设，优化大厅功能服务区设置，完善基础设施设备配备。落实一次性告知制、首问负责制、告知承诺制和“好差评”工作制度。推广综合柜员制，实行“一网通办、一窗通办”，推进经办窗口前移，推行场景监控、现场评价，畅通咨询、投诉举报渠道，提高窗口服务满意度。推进服务下沉、业务延伸，在乡镇（街道）村（社区）两级便民服务中心（站）、定点医药机构和银行网点建设医疗保障服务站，配备专（兼）职工作人员，解决“最后一公里”服务难题。积极推广预约服务、延时服务、上门服务、应急服务，畅通优先服务绿色通道。完善覆盖“市、县、乡、村”四级医疗保障经办服务体系，明确各级医疗保障经办机构服务职责。关爱特殊人群，发挥传统服务方式兜底作用，畅通家人、亲友等为特殊人群代办的线下渠道。坚持传统服务方式与智能化服务创新并行，不断提升服务质量，努力打造群众满意的医疗保障服务。

3. 积极贯彻郑开同城化战略。依托医疗保障信息平台，打通数据壁垒，实现郑开两地医保信息管理系统的数据互通，实现医保参保及就医结算信息的数据共享和交换。逐步实现医疗、医药、医保、医养、医改等数据联合开发、互联互通，推动郑开基层医疗服务、慢病管理服务、智慧中医药服务等创新发展。推进两地医保专家资源、研究成果共享。实现郑开医保关系转移接续、零星报销、自助备案跨市“一网通办”，促进基本公共服务便利共享。

4. 加强人才队伍建设。突出政治标准，树立鲜明导向。把政治标准和政治要求贯穿融入干部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，提升政治素质。完善培训体系，提升能力素质。建立常态化教育培训机制，高质量开展党的理论教育、党性教育、专业化能力培训和知识培训。加强与国内知名院校等相关单位的战略合作，提高教育培训的针对性和实效性。优化队伍结构，激发干部活力。注重培养和选拔优秀年轻干部，调整和优化干部队伍结构。从严从细管理，打造过硬作风。坚持严管就是厚爱，从严从细监督管理。坚持抓早抓小、防微杜渐，紧盯重要岗位、重点人员，聚焦重大任务，全方位加强教育管理，使干部知敬畏、存戒惧、守底线。

三、加强规划实施保障

（一）坚持和加强党的全面领导

坚持各级党委在医疗保障事业发展中的领导核心作用，全市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”，将全面从严治党贯穿于党的建设和业务建设全过程。在各级党委领导下，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，加强跟踪分析和监督检查，强化部门联动，形成医疗保障深化改革和系统发展的强大合力。

（二）加强医保法制建设

积极推进“法治医保”建设，推动治理能力和治理体系现代化。推行权力清单、责任清单、服务清单制度，建立重大决策合

法性审查机制。严格依法行政，全面落实行政执法公示制度、行政执法全过程记录制度、重大行政执法决定法制审核制度，依法确认主体资格、全面厘清执法人员、执法依据、执法权责清单等信息，促进严格规范、公正文明执法，维护两定单位和参保企业、群众合法权益。加强医保执法，处理好行政执法和协议处罚之间的关系，避免采用协议处罚代替行政执法；处理好行政执法和刑事执法之间的关系，做好两者之间有序衔接。探索建立医疗保障执法资格管理规范，健全专业化医保执法队伍。强化医保普法，按照“谁执法谁普法”原则，积极推进医保普法宣传，加强对企业参保缴费的法律责任和定点医药机构、医生、参保人员违法违规法律责任的普法宣传，引导全社会增强医保法治意识。

（三）建立健全工作推进机制

各开发区管委会、各区县（市）要从深化医疗保障制度改革、推进健康郑州建设的高度，进一步提高认识，加强领导，将医疗保障工作纳入重要议事日程，列入经济社会发展规划。各有关部门要按照职责分工，细化目标，落实各项任务，保障规划有效实施。要建立健全监测评价机制，在市政府的统一领导下，由市医疗保障局负责牵头制定规划任务分工方案和监测评价方案，并对规划实施进度和效果进行中期、末期评估，及时发现问题，并研究解决对策。各级各部门要定期组织对规划实施情况进行督导，确保规划顺利实施。

（四）加强宣传引导

加强医疗保障规划解读和宣传，提高群众政策知晓度，及时回应社会关切，合理引导预期，营造支持推动医疗保障高质量发展的浓厚氛围。加强对定点医药机构、参保单位和参保人员有关医保法律法规政策宣传，提高医药机构和参保人员法治意识。积极主动曝光已查实的典型欺诈骗保案件，及时向社会传递打击欺诈骗保行为的决心。加强正面宣传和典型宣传，充分调动社会各界积极性、主动性和创造性，增强社会对医疗保障工作的普遍认知，凝聚社会共识，推动形成群众大力支持、社会广泛参与、各方积极投入的医疗保障改革局面。

附件：

郑州市“十四五”时期医保重点建设工程

一、多层次医疗保障体系建设工程

1. 完善基本医疗保险制度。强化基本医疗保险主体保障功能，健全覆盖全民、依法参加的基本医疗保险制度和政策体系，完善医疗保障待遇政策，统筹确定住院起付标准、报销比例和最高支付限额，根据医保基金承受能力，适时调整医疗保障水平。

2. 改革职工基本医疗保险个人账户，建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制。

3. 完善和规范城乡居民大病保险、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。

4. 完善医疗救助制度。建立跨部门、多层次、信息共享的救助对象及时准确识别机制。科学确定救助对象、救助范围、救助水平，实施精准医疗救助。建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制，增强医疗救助托底保障功能。做好医疗救助政策与乡村振兴战略政策有效衔接。

5. 鼓励开发适宜的商业健康保险产品，加强商业健康保险市场行为监管。鼓励社会慈善捐赠，统筹调动慈善医疗救助力量，支持医疗互助有序发展。

二、医保基金使用监督管理工程

1. 强化基金依法监管能力，加快推进基金监管制度体系改革，基本建成医保基金监管制度体系和执法体系，加强医保基金监管能力建设，筑牢基金监管内控防线，规范基金监管执法行为。

2. 健全监督检查制度，推行“双随机、一公开”监管机制，完善多形式检查方式，全面落实行政执法责任制。

3. 建立全方位智能监控制度，建立医保智能监控系统，加强大数据应用，强化事前提示、事中监管、事后处置，完善智能监控规则，提升智能监控效能。

4. 建立医疗保障信用管理制度，推进医疗保障信用体系建设，建立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。

5. 建立医疗保障综合监管制度，完善综合监管制度和协同执法工作机制，按照法律法规规定和职责权限处理查实具有欺诈骗保行为的医药机构和个人，建立健全打击欺诈骗保行刑衔接工作机制，完善并明确多部门综合监管机制和职责。

6. 完善社会监督制度，实现政府监管和社会监督、舆论监督良性互动，建立医保基金社会监督员制度，建立信息披露和打击欺诈骗保成果及典型案例发布制度，激励群众和社会各方积极参与监督。

三、支付方式改革工程

1. 实施医保基金总额预算管理。提高医保基金收支预算的科学性，将本地定点医疗机构住院统筹基金支出、门诊慢特病统筹基金支出、异地就医统筹基金支出、门诊统筹基金支出、城乡居民大病保险上解支出等，全部纳入支出预算管理，实现医保基金收支平衡。

2. 推行按病种分值付费。建立病种分组目录库、病种分值目录库，精准测算分值单价，科学确定医保支付办法，提高付费精准度，完善激励约束机制。

3. 实施按床日付费。对于精神疾病、医疗康复等需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病，采取按床日付费的方式。

4. 推行按人头付费。对基层医疗卫生机构推行门诊统筹按人头付费，明确按人头付费的基本医疗服务包范围，保障医保目录内药品、基本医疗服务费用和一般诊疗费的支付。

5. 实行单病种付费。选择适宜病种，科学确定每一病种的医保定额支付标准。

6. 按项目付费。对不宜打包付费的复杂病例和门诊费用按项目付费。

四、医药服务供给侧改革推动工程

1. 全面开展药品、医用耗材集中带量采购和使用。推进集中带量采购常态化制度化，促进中选产品优先使用、合理使用。及时拨付预付金，落实国家组织药品与耗材集中采购医保资金结余留用政策。扎实推进谈判药品“双通道”管理。

2. 完善医疗服务价格形成机制。建立灵敏有序的动态调整机制，重点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，支持儿科等薄弱学科发展，支持中医传承创新发展，理顺比价关系，持续优化医疗服务价格结构。

3. 助力医药卫生体制改革。助推医疗、医药、医保、医养、医改“五医联动”，增强改革的整体性、系统性、协同性。优化医药卫生服务体系结构布局，支持区域医疗中心和紧密型县域医共

体系建设。合理配置和利用医疗卫生资源，加强基层医疗卫生服务体系建设和基层全科医生队伍建设，促进分级诊疗，推进家庭医生签约服务。

五、信息化建设工程

1. 全面推广应用医保电子凭证，加强电子凭证应用改造，支持挂号、诊间结算、窗口结算、自助服务等各个环节，实现所有定点医药机构全场景应用。

2. 贯彻执行 15 项医疗保障信息业务编码标准。加快医疗保障骨干网建设，高质量完成医疗保障信息平台上线工作，融入全国医疗保障信息化“一张网”。

3. 以参保群众为中心，搭建医保互联网服务平台，构建完善数字化、智能化医保服务管理体系。

4. 强化网络安全保障，提升医保大数据领域创新和数据成果转化能力。依法保护医疗保障信息数据安全，加强参保人员个人数据保护，防止泄露个人隐私。

六、一基地一平台建设工程

1. 做好“一基地一平台”建设规划，将“国家医保研究院中部基地”列入郑州市“五个一批”工作。

2. 加强硬件基础设施建设。协调郑东新区管委会对该项目给予大力支持，为中部基地选址定项，在人才、技术和资金等方面给予保障。

3. 数据挖掘转换。加强数据分析挖掘，提升医保大数据领域创新和数据成果转化能力；提供决策支撑，服务经办管理工作。

4. 开展医疗保障宏观政策及微观管理研究、医疗保障信息化成果转化、医疗保障信息化信创安全实验和医疗保障付费方式改革评价；在医保大数据挖掘分析以及决策支撑、基金智能监管、支付方式改革、基金运行评价等领域发力，为郑州乃至河南省医保科学化决策和精准化施策提供支撑。

七、医疗保障服务能力提升工程

1. 深化医疗保障领域“放管服”改革。精减证明材料，优化办事流程，缩短办理时间，实行首问负责制、服务承诺制、限时办结制。

2. 推动医保服务标准化建设。优化大厅功能服务区设置，完善基础设施设备配备，建立服务事项清单、各级经办机构职责清单、经办事项服务标准等。

3. 完善医保经办管理服务体系。建立覆盖“市、县、乡、村”四级医疗保障经办服务体系。推进服务下沉、业务延伸，在乡镇（街道）村（社区）两级便民服务中心（站）、定点医药机构和银行网点建设医疗保障服务站。

4. 提升医疗保障服务质量。推行“一站式”服务、“一窗口”办理。加强医疗保险网厅建设，推动医保政务服务事项“网上办”、“掌上办”。积极推广预约服务、延时服务、上门服务、应急服务，畅通优先服务绿色通道。拓宽异地就医备案渠道，推进异地就医住院费用和门诊费用直接结算。

八、长期护理保险建设工程

1. 深入调研，摸清失能人员基本情况和养老服务体系情况。

2. 精细测算，确定长期护理保险筹资标准、筹资渠道和待遇水平。

3. 充分论证，拟定《郑州市长期护理保险实施办法》。

4. 健全长期护理政策体系。主要包括：《郑州市长期护理保险定点服务机构管理办法》《郑州市长期护理保险定点服务机构协议文本》《郑州市长期护理保险服务考核办法》《郑州市长期护理保险失能评估管理办法》《郑州市长期护理保险服务项目清单》《郑州市长期护理保险服务项目服务标准》《郑州市长期护理保险委托管理协议》《郑州市长期护理保险委托管理办法》《郑州市长期护理保险基金结算办法》。

5. 建立长期护理保险管理信息系统。