

玉溪市“十四五”全民医疗保障规划

(2021-2025 年)

玉溪市医疗保障局

2022 年 9 月

目 录

前 言

第一章 规划基础	1
第一节 发展基础	1
第二节 发展环境	6
第二章 总体思路	7
第一节 指导思想	7
第二节 基本原则	8
第三节 发展目标	9
第三章 主要任务	12
第一节 提升全民医保参保质量	12
第二节 健全规范多层次医疗保障机制	15
第三节 深化医保支付制度改革	19
第四节 健全严密有力的基金监管机制	21
第五节 稳步推进医药服务供给侧改革	24
第六节 优化医疗保障公共管理服务	27
第四章 保障措施	30

前 言

“十四五”是玉溪市建设“一极两区”的重要时期，是推进全民医疗保障制度改革的关键五年。玉溪市“十四五”全民医疗保障规划，围绕中国特色医疗保障制度建立的总目标，在“健康中国”与“健康云南”的战略决策部署指引下，依据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》、《“十四五”全民医疗保障规划》、《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》、《云南省人民政府办公厅关于印发云南省“十四五”全民医疗保障规划的通知》、《玉溪市深化医疗保障制度改革实施方案》、《玉溪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》等编制。《规划》全面总结了“十三五”期间玉溪市医疗保障发展经验，明确了“十四五”时期玉溪市医疗保障事业发展的总体思路、基本原则、发展目标、重点任务，是未来五年指导全市医疗保障事业发展的行动指南，通过实施《规划》，切实减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定，服务玉溪产业发展和人才引进，提升民众满意度，建设和谐宜居宜业玉溪，助力玉溪市“一极两区”建设，为推动玉溪市经济社会高质量发展保驾护航。

《规划》实施期限为 2021 年-2025 年。

第一章 规划基础

“十三五”期间，全市医疗保障事业改革创新，奋进努力，迈出重要步伐，各项工作成效显著。五年来，面对各种压力和复杂多变发展形势，医疗保障部门紧紧围绕市委、政府中心工作，服从经济平稳健康发展大局，主动适应经济社会发展新常态，重保障、惠民生，全面完成了“十三五”规划确定的各项目标任务，为全市经济社会全面发展做出了重要贡献。

第一节 发展基础

1.医疗保障管理体制从部门分辖走向集中统一。2017年在全省率先开展整合城乡居民基本医疗保险制度工作，城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗业务由市、县（市、区）医疗保障（险）基金管理中心统一经办，实现基本医疗保险市级统筹。按照中央、省委和市委的统一部署，玉溪市医疗保障局于2019年1月12日挂牌成立。整合了市人力资源社会保障局的城镇职工和城乡居民基本医疗保险、生育保险和药品采购职责，市发展改革委的药品和医疗服务价格管理职责，以及市民政局的医疗救助职责等，实现了全市医疗保障事业的集中统一管理。

2.医疗保障制度改革让人民群众获得感明显增强。不断加大财政对医疗保障的投入力度，城乡居民财政补助标准从420元提

高到 550 元；积极推进参保护面任务，基本医疗保险参保率稳定在 95%以上，初步实现全民医保“应保尽保”的基本目标；医疗保障待遇水平稳步提高。通过整合城乡居民医疗保险制度，有效促进了社会公平。按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，通过调研并结合基金运行情况，适时完善调整医疗保险待遇政策。不折不扣落实医疗保障健康扶贫政策，建档立卡贫困人口 100%参加居民医保和大病保险，圆满完成医疗保障脱贫攻坚任务，有力化解了因病致贫、因病返贫问题。

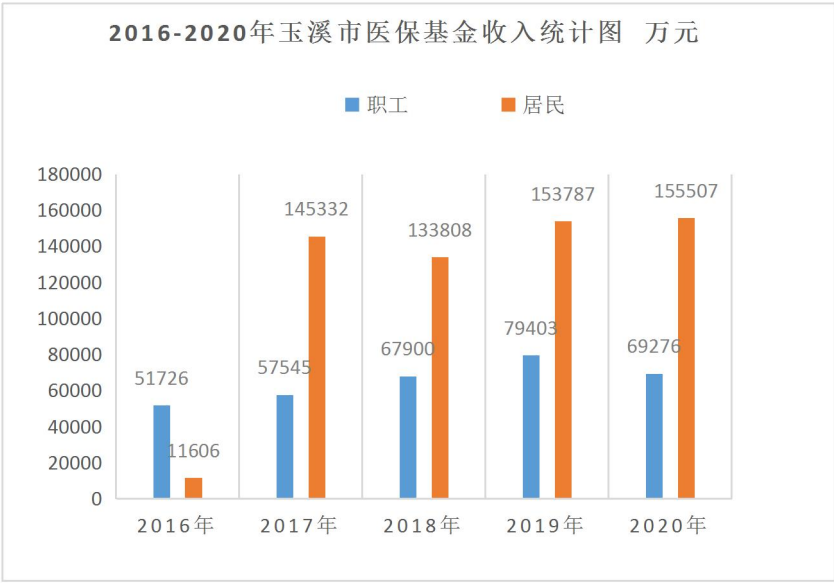


图1 2016-2020年玉溪市医保基金收入统计图

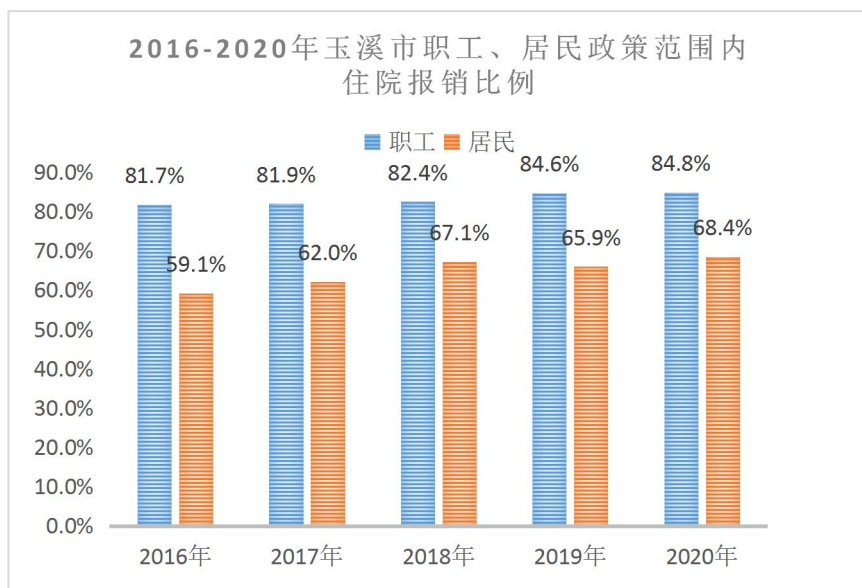


图2 2016-2020年玉溪市职工、居民政策范围内住院报销比例

3.医疗保障领域各项改革整体协同推进取得突破。深化医保支付方式改革，形成 DRG 付费、医共体打包付费、总额预付、单病种付费、项目付费相结合的复合式支付方式，医保基金支付杠杆作用发挥明显。开展药品集中联合限价采购改革，于 2017 年率先在全省探索启动公立医院药品询价采购，采购金额达 37.89 亿元，与省级平台相比节约资金 3.34 亿元，为解决药价虚高问题提供降价空间，有效缓解医保基金支付压力，切实减轻老百姓的医疗负担。全面取消药品和耗材加成，推进医疗服务价格调整，明确“7:2:1”的弥补政策，不断巩固破除以药养医成果。

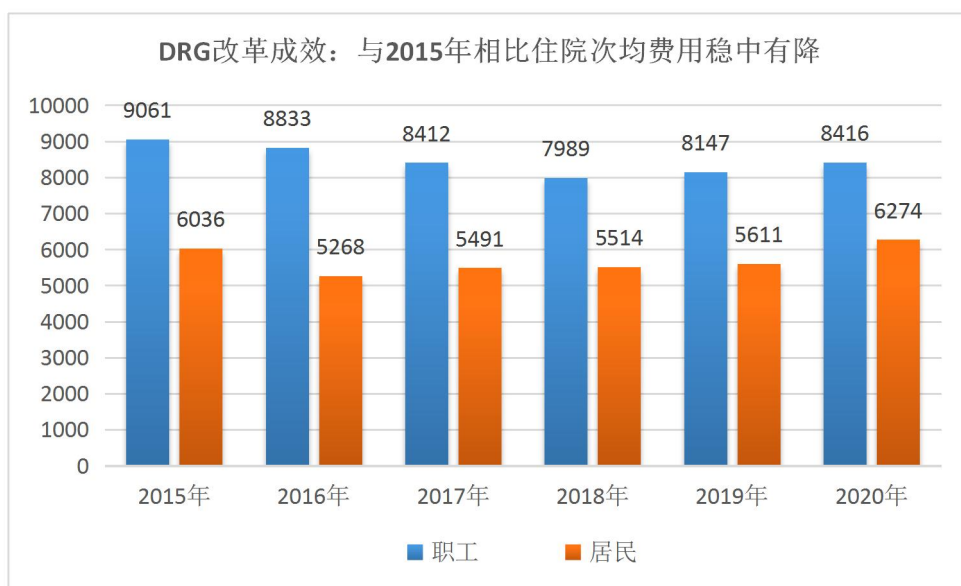


图3 玉溪市“十三五”期间DRG改革成效

4.重大疫情医疗救治费用保障机制基本建立。面对突发新冠肺炎疫情，贯彻落实“两个确保”政策，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。有力支持疫情防控，实施基本医疗保险“减、缓、延”政策，让广大参保人员享受到医疗保障待遇，全力支持企业复工复产。

5.医保基金监管力度不断加强。不断建立健全医保基金监管机制体制，积极引入商业保险机构、会计师事务所等第三方力量参与监管，推动全市基金监管制度体系标准化、规范化、制度化，全面提升基金监管水平。以打击欺诈骗保专项治理行动、飞行检查等为抓手，持续巩固医保基金监管高压态势，维护基金安全。

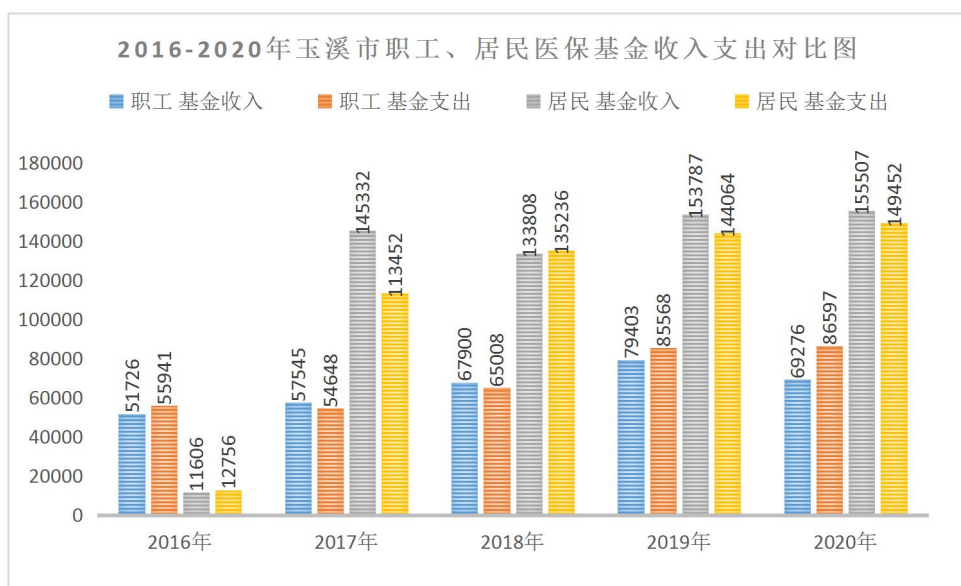


图4 2016-2020年玉溪市职工、居民医保基金收入支出统计图

6.医疗保障公共服务建设持续优化。着力推进医保服务标准化、信息化建设，统一城镇职工、城乡居民医保信息系统。实现各类参保人群异地就医结算全覆盖。深化“放管服”改革，依托“互联网+”，创新改进服务方式，探索推进网上经办，实现“让数据多跑路，群众少跑腿”。

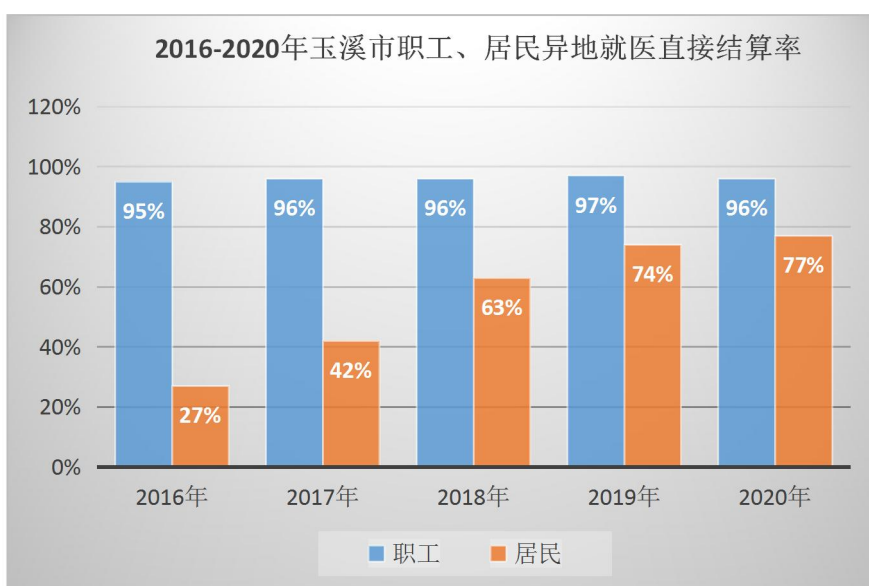


图5 2016-2020年玉溪市职工、居民异地就医直接结算率

第二节 发展环境

从医疗保障发展机遇来看，党中央国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》为推进医疗保障高质量发展提供了有力的政治保证。人民群众对美好生活的追求激发了多层次、多样化的健康需求，为医疗保障事业发展创造了更为广阔的空间。医疗保障机构的组建和职能的整合，为实现医保治理体系和治理能力现代化提供了坚实的组织保障，为加快建立多层次医疗保障体系奠定了经济基础和社会基础。医保制度体系持续完善，药品、医用耗材集中带量采购等改革有序推进，医保支付机制持续优化，医保基金监管机制逐步健全，为深化医疗保障制度改革夯实了实践基础。人工智能、大数据等新一代信息技术的推广应用，为医疗保障精细化管理带来积极深远影响。

从面临挑战来看，玉溪开始进入人口老龄化阶段，老年群体医疗需求的提高、医疗费用的增长与日俱增，医疗领域新设备、新技术、新药品应用，极大地刺激了医疗消费的增长，医保基金支出规模不断攀升。受国际国内多种复杂因素影响经济增速明显放缓，基金筹集增长潜力有限，收支平衡压力进一步加大，城乡居民基金结余已触及警戒线。医疗保障工作涉及利益主体多，管理链条长，欺诈骗保、过度医疗等违法违规问题屡禁不止，基金监管形势仍然严峻复杂。此外，多层次医疗保障体系发展不充

分，服务模式和管理方式还不够精细高效等问题，都在一定程度上制约了医保事业的高质量发展。

面对改革进入关键时期各种矛盾交织、日趋复杂的情况，我们将把改革创新作为推动高质量发展的根本动力，通过关键领域的改革，打通关隘瓶颈，拓展发展空间；把精细化管理作为推动高质量发展的实现路径，让有限的医保基金发挥更大效益；把防范风险作为推动高质量发展的基本底线，坚决守住不发生系统性风险的底线，守护好广大参保人的“救命钱”“保命钱”；把协同高效作为推动高质量发展的重要支撑，形成医保、医疗、医药、相辅相成、良性互动的格局；把群众满意作为推动高质量发展的最终目标，推动实现医疗保障全民共享，助力健康中国战略深入实施。

第二章 总体思路

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，全面贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，坚决落实中央、省、市关于医疗保障工作的决策部署，围绕省委省政府玉溪现场办公会提出的发展定位和市第六次党代会确定的目标任务，立足新发展阶段，贯彻新发展理念，融入新发展格局，坚持以人民为中心的发展思想，贯彻落实“健康中国”战略，以公平医保、法治医保、安全医

保、智慧医保、协同医保为建设主线，以解除全体人民的疾病医疗后顾之忧为根本目的，全面深化医疗保障制度改革，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，不断提升人民群众的获得感、幸福感、安全感，助力玉溪市“一极两区”建设。

第二节 基本原则

1.坚持党的全面领导。始终坚持党对医疗保障工作的领导，坚持和完善中国特色医疗保障制度，坚持制度的统一性和规范性，为全市医疗保障制度健全完善提供根本保证。

2.坚持以人民健康为中心。把维护人民生命安全和身体健康放在首位，为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，使改革发展成果更多惠及全体人民，增进人民福祉、促进社会公平、助力共同富裕。

3.坚持保障基本、更可持续。坚持将基本医疗保障作为基本权益依法覆盖全民。坚持实事求是，尽力而为、量力而行，把保基本理念贯穿始终，科学合理确定保障范围和标准，防止保障不足和过度保障，提高基金统筹共济能力，防范化解基金运行风险，确保制度可持续、基金可支撑。

4.坚持系统集成、协同高效。坚持统筹谋划和协调推进，增强医疗保障改革发展的整体性、系统性、协同性，加强制度、政

策间的有机衔接和融会贯通。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改革的关系，建立基本医疗体系、基本医保制度相互适应的机制，汇聚改革合力，推动医疗保障改革取得更大突破。

5.坚持精细管理、优质服务。深入推进“放管服”改革，加强医疗保障管理服务能力建设，优化定点医药机构管理，实施更有效率的医保支付，健全基金监管体制机制，促进医疗保障可持续发展。坚持传统服务方式和智能化应用创新并存，为群众提供更贴心、更暖心的服务。

6.坚持共治共享、多方参与。促进多层次医疗保障有序衔接、共同发展，形成政府、市场、社会协同保障的格局。坚持医保、医疗、医药“三医联动”改革，加强政策和管理协同，建立部门协同机制，强化多主体协商共治，凝聚改革发展共识，提高医疗保障治理水平。

第三节 发展目标

到 2025 年，全市医疗保障制度更加完善，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。综合考虑玉溪经济社会发展趋势和医疗保障发展条件，坚持目标导向和问题导向相结合，守正创新，稳中求进，“十四五”时期医疗保障发展改革要努力实

现以下主要目标。

1.建设公平医保。基本医疗保障更加公平普惠，医保制度碎片化问题得到有效解决，各方责任更加均衡。全面落实待遇清单制度，待遇保障机制更加公平适度，保障范围和标准与经济发展水平更加适应，区域间差距逐步缩小，公共服务体系更加健全，医疗保障再分配功能进一步发挥。

2.建设法治医保。法治医保建设取得阶段性成果。基金监管制度体系更加完善，长效监管机制全面形成，行政执法更加规范，定点医药机构管理更加透明高效。深入推进医疗保障领域依法治理，全社会医保法治观念明显增强。

3.建设安全医保。统筹发展和安全取得积极成效，医保安全网更加密实。基本医疗保险基金收支结余合理，基金运行安全稳健，防范化解因病致贫返贫长效机制基本建立。医疗保障信息平台安全运行，数据安全持续强化。

4.建设智慧医保。全国统一的医保信息平台在玉溪全面落地，信息化标准化全面加强。“互联网+医疗健康”医保服务持续完善，医保管理服务数字化、智能化水平显著提升，医保电子凭证普遍推广，智能监控全面应用，就医结算更加便捷。

5.建设协同医保。医疗保障和医药服务高质量协同发展，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机制更加完善，医疗服务价格调整更加灵敏有度，结构更加科学合理。

表 1 玉溪市“十四五”全民医疗保障主要发展指标

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	96.85%	保持在 95%以上	约束性
基金安全	基本医疗保险（含生育保险）基金收入	30.53 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）基金支出	30.00 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	职工医保政策范围内住院报销比例	84%	保持稳定	预期性
	居民医保政策范围内住院报销比例	68%	稳步提高到 70%左右	预期性
	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
	居民大病补充保险政策范围内基金支付比例	73%	不低于 60%	预期性
	个人卫生支出占卫生总费用的比例	27%	保持稳定	约束性
精细管理	实行按疾病诊断相关分组付费和按病种付费的住院费用占全部住院费用的比例	50%	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%	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	119 个	500 个以上	预期性
	高值医用耗材集中带量采购品种	5 类	5 类以上	预期性
优质服务	住院费用跨省直接结算率	64%	70%以上	预期性
	医疗保障政务服务事项线上可办率	35%	100%	预期性
	医疗保障政务服务事项窗口可办率	100%	保持稳定	约束性
其他	基本医疗保险基金在基层医疗机构支出占比	7.5%	稳步提高	预期性

到 2030 年，我市将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医疗保障制度体系。

第三章 主要任务

第一节 提升全民医保参保质量

全民参保是发挥基本医疗保障公平普惠功能的基础性工作，要充分调动用人单位和城乡居民参保缴费积极性，全力推动全市各类用人单位和城乡居民依法参保、主动参保、持续参保，实现基本医疗保险覆盖全民，精准扩大参保覆盖面，不断提升参保质量。

1.依法依规分类参保。以实现覆盖全民、依法参保为目标，坚持应保尽保，落实参保政策。单位就业人员随单位参加职工医保；除应参加职工医保人员以外的其他人员参加居民医保；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保或居民医保。将非本地户籍灵活就业人员纳入参保范围，持续放开持居住证参保政策。落实困难群众分类资助参保政策，加强重点人员参保缴费服务，对新生儿、大学生、脱贫人口、乡村振兴监测对象、部门资助对象等重点人群，实现应保尽保。

2.实施精准参保扩面。建立健全医保部门与教育、公安、民政、司法、人力资源社会保障、卫生健康、税务、市场监管、乡村振兴、工会、残联等部门的数据共享机制，加强数据互认、比对、共享，摸清参保底数，精准锁定本地区户籍人口或常住人口中的未参保人群，精准开展参保缴费宣传动员，合理设定参保扩

面目标，实现参保信息实时动态查询和管理。

3.优化参保缴费服务。会同税务部门，完善城镇职工和城乡居民医保的征缴工作，优化流程、提供便捷高效的参保缴费便民渠道。以农民工、城乡居民、残疾人、灵活就业人员、生活困难人员为重点，加强和优化参保服务。适应新业态发展，完善新就业形态等灵活就业人员参保缴费方式。积极发挥乡镇（街道）、社区在参保征缴中的作用，提高征缴效率。加大对基层的培训力度，提升经办人员的经办水平，缩短办理周期，提高办理效率。适应人口流动和就业转换需要，规范优化流程，做好基本医疗保险关系转移接续工作。

专栏1 全民依法参保提升工程

1.提升参保质量。进一步规范人员基础信息采集，从源头上提升参保质量。配合国家医保信息平台 and 全省基本医保参保信息管理系统建设，依托建成后的信息平台管理子系统清理无效、虚假、重复数据，实时识别参保人缴费状态，积极探索医疗保险个人权益记录推送工作，做好跨制度参保待遇衔接工作。对因就业、失业等个人状态发生变化，在职工医保和居民医保间切换关系的，每个人只能保留一种医疗保险关系，同时参加两种及以上医保制度的视为重复参保，应予以清理。

2.提升精准扩面水平。结合重点人群关切，采取有针对性措施，做好参保扩面分类推进，城镇职工医疗保险以正常经营、正常纳税但尚未办理参保缴费以及未全员办理参保缴费的单位为重点对象，通过

加强部门数据共享、信息监管、联合执法，实现应保尽保。城乡居民医疗保险有针对性地加强重点人员参保缴费服务，对脱贫人口、特困、低保、丧失劳动能力残疾人、学生、新生儿、缴费中断人员等参保对象，根据实际情况，分类制定政策，引导主动参保。

3.提升信息共享水平。建立健全“互联网+医保”的数据化信息共享平台，将参保人员的身份、就业、参保缴费等信息通过平台进行共享，实现与公安、人社、民政、卫健、教育、税务、扶贫、残联等部门的数据互认、比对、共享，精准锁定本地区户籍人口和常住人口中的未参保人群，摸清参保底数，合理设定，做好参保扩面，实现全民参保。

4.提升参保服务水平。进一步完善参保缴费工作方法，监督并指导各县（市、区）按质按量完成参保任务。加大基层培训力度，提升经办人水平。会同税务部门完善职工医保和居民医保的征缴工作，优化流程、提高效率。继续深入贯彻减税降费工作各项措施，深化“放管服”改革，对窗口业务进行梳理，进一步服务便民。加强医疗保险关系转移接续工作，缩短办理周期，力争实现关系转移接续“在线办”，提高办理效率，提升群众满意度，确保合法权益得到有效保障。

5.提升制度保障水平。着力构建“政府主导、税务征收、部门协同、社会参与”的工作格局。推动县（市、区）、乡镇（街道）两级党委政府将城乡居民基本医疗参保缴费工作纳入绩效考核，加强对县（市、区）城乡居民医疗保险参保缴费、政策宣传、监督管理等督导，形成城乡居民全面参保缴费的工作合力，夯实巩固全民参保基础工作。

第二节 健全规范多层次医疗保障机制

坚持“保基本”原则，完善规范城镇职工和城乡居民基本医疗保险制度。健全以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助为补充的、共同发展的多层次医疗保障制度体系。

1.完善基本医疗保险制度。坚持覆盖全民、依法参加的基本医疗保险制度，完善政策体系。实施职工和城乡居民分类保障，确保待遇与缴费挂钩。实行医疗保障基金专户管理，分别建账，分账核算。统一基本医疗保险统筹层次与医保目录，规范统筹基金起付标准、最高支付限额、支付比例等支付政策的确定办法。逐步将职工门诊医疗费用纳入统筹基金支付范围，改革职工基本医疗保险个人账户，建立与健全门诊共济保障机制。

2.落实医疗保障待遇清单制度。严格执行国家医疗保障待遇清单制度，坚决落实基本制度、基本政策、基金支付项目和基本标准，在国家和省规定的范围内，制定和调整全市医疗保障筹资和待遇政策。实施公平适度保障，严格执行基本支付范围和标准，纠正过度保障和保障不足等问题。

3.健全统一规范的医疗救助制度。建立救助对象精准识别和信息实时共享机制，实施分类管理和分类保障，科学确定和规范救助范围、内容、标准和程序。全面落实资助重点救助对象的参

保缴费政策，健全医疗费用救助机制。加强医疗救助与其他医疗保障制度的衔接，发挥制度合力，在基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重制度的框架下严格就医管理。提高年度医疗救助限额、政策范围内个人自付按比例封顶等硬措施，实施困难群体医疗保障扶持措施，减轻困难群众就医就诊后顾之忧，构建起防范和化解因病致贫返贫的长效机制。提高医疗救助资金共济能力和使用效率，实施医疗救助市级统筹，统一全市医疗救助比例、救助标准以及医疗救助年度封顶线，增强各类救助人群待遇公平性、协调性，最大限度惠及困难群众。

专栏 2 实现医疗救助市级统筹

制定出台玉溪市医疗救助市级统筹政策，2022 年实现全市“统一救助政策、统一筹资水平、统一基金管理、统一待遇标准、统一经办管理”的城乡医疗救助管理制度，充分发挥城乡医疗救助托底保障作用，最大限度减轻困难群众医疗支出负担。规范医疗救助管理服务，加快医疗救助信息化建设，加强医疗救助与基本医疗保险、大病保险等保障制度运行管理的衔接，实现各项医疗保障制度之间信息共享，构建“一站式”结算平台，进一步提高医疗救助保障能力。

4.有效衔接乡村振兴战略。坚持“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，在 2021-2025 的 5 年过渡期内，保持医疗保障主要帮扶政策总体稳定。巩固拓展保障对象范围，优化调整脱贫攻坚期内医保扶贫措施，逐步实现由

集中资源支持脱贫攻坚向统筹医保三重制度常态化保障平稳过渡，筑牢基本医保、大病保险和医疗救助三重制度保障防线。完善居民医保参保个人缴费资助政策，确保应保尽保；逐步提高大病保险保障能力，规范大病保险对农村低收入人口倾斜政策；进一步夯实医疗救助托底保障，合理设定年度救助限额。落实“云南省政府救助平台”医疗保障责任，建立依申请医疗救助制度。引导慈善、商业健康保险等社会力量参与，发挥综合保障作用。综合施策降低农村低收入人群看病就医成本，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。建立健全防止因病致贫返贫动态监测、帮扶和依申请医疗救助机制，确保不发生因病规模性致贫返贫，助力乡村振兴战略全面推进。

5.鼓励商业健康保险发展。鼓励商业保险机构加强产品创新，提供包括医疗、疾病、康复、照护、生育等多领域的综合性健康产品和服务，发挥商业保险在健康保障领域的作用，引导商业保险机构创新完善保障内容，提升保障水平和服务能力。规范商业保险机构承办职工大额医疗费用补助、居民大病保险业务，建立完善参与基本医疗保险经办的商业保险机构绩效评价机制。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，加强商业健康保险产品设计、销售、赔付等关键环节监管，更好覆盖基本医疗保险不予支付的费用。

专栏 3 支持商业健康保险发展

支持商业补充医疗保险“玉溪惠民保”上线。落实国家鼓励商业保险机构参与建设多层次社会保障体系政策，指导监督商业保险机构制定符合玉溪实际的与基本医疗保险相衔接的普惠型商业健康保险项目“玉溪惠民保”，为人民群众提供保障水平适度、门槛较低的商业健康保险，切实降低群众的大病医疗费用支出负担。

6.落实重大疫情医疗保障机制。健全重大疫情医疗救治医保支付政策，在突发重大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。完善异地就医直接结算制度，实现医疗救治费用“一站式”结算，确保患者不因费用影响就医。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。

7.完善生育保险政策措施。完善职工生育保险制度，做好生育保险生育医疗费用及生育津贴等待遇保障。规范生育保险待遇支付管理，加强生育保险运行分析。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，降低生育成本，提高生育保险与职工医保合并实施成效。继续做好居民医保参保人员生育医疗费用待遇保障，落实国家、省鼓励生育政策，按照国家、省有关规定支付相应生育保险待遇。

8.稳步建立长期护理保险制度。落实国家、省长期护理保险制度规划，积极探索适应玉溪经济社会发展和老龄化趋势，适用于因年老、疾病、伤残导致失能、生活不能自理需要长期护理参保职工的长期护理保险制度。通过与其他社会保障政策之间的衔接配套，以应对全市人口老龄化问题。妥善解决长期失能人员的生活照料，减轻因年老、疾病、伤残等失能人员家庭长期护理负担，提高参保人员的生活质量，增强人民群众在共建共享发展中的获得感和幸福感，促进全市社会经济稳步发展。

第三节 深化医保支付制度改革

医保支付是提高基金使用效率，确保基金安全运行的关键机制。要持续推进医保支付方式改革，完善医保基金总额预算管理，坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的总额预算编制原则，推进区域医疗保障基金总额预算，普遍实施适应不同疾病、不同服务特点的多元复合式医保支付方式。按照“保基本”原则，坚持临床需要、合理诊治、适宜技术和中医并重，强化医保基金战略购买的价值导向，不断增强医保对医药服务领域的激励约束作用。

1.完善按疾病诊断分组（DRG）付费方式。加强与卫生健康委、人力资源社会保障局、财政、发展改革委等部门合作，夯实DRG付费基础。在目前DRG支付制度改革基础上，总结前五年DRG付费实践经验，持续优化DRG结算规则，落实《医疗保障

结算清单》制度，推动全市定点医疗机构住院、门诊慢特病费用《医疗保障结算清单》按填报规定全口径上传医保信息平台，扩大按 DRG 付费医院的覆盖范围。逐步将 DRG 分组统一到 CHS-DRG 分组标准上来，确保 DRG 权重调整与省医保局统一，使 DRG 分组更科学，支付标准更合理。

2.完善医共体打包付费。继续全面实行城乡居民医保资金按人头打包付费制度，协同推进紧密型县域医共体建设。完善总额预算管理下“人头包干、结余留用、合理超支分担”的激励与责任机制，压实医共体责任，进一步调动基层医疗机构积极性与主动性，稳步提升市内就诊人次占比、医疗费用占比。健全完善量效并重的监督考核办法和指标体系，加强基层医疗机构疾病诊治能力，提升医保基金使用效率，逐步缓解老百姓看病难、看病贵，增强医保基金抗风险能力。

3.完善总额预付结算管理。持续开展医疗保险总额预付结算管理，将符合条件的定点医疗机构，纳入总额预付结算管理。加强对医疗费用的有序、可控和规范管理，调动定点医疗机构自我管理 and 控制费用的积极性，确保医疗保险基金安全、平稳运行。

4.试点按床日付费改革。按照合理施治原则，对精神病、医疗康复等部分需要长期住院的病例探索按床日付费制度，力争“十四五”期间按床日付费有突破，使玉溪市医保支付制度更合理。

5.加强基金预算管理。科学编制医疗保障基金收支预算。加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理，建立健全基金绩效评价体系，强化绩效监控、评价和结果运用。开展基本医疗保险基金预决算公开。树立医保基金中长期平衡理念，通过引入第三方专业力量等，加强基金中长期精算，构建收支平衡机制，开展基金运行风险评估预警及医保待遇调整、政策改革基金风险评价。

专栏 4 医保支付成效监测评估能力提升工程

健全完善医保基金运行分析监测评估预警机制，加强对医疗费用、基金收支和群众负担水平变化的监测，加强医疗保障财务分析，强化基金运行风险分析，坚决守住不发生系统性风险底线。依托全省统一的医保信息平台，建立玉溪医保支付数据监测管理平台，按季度全面监测分析玉溪参保患者就医流向，外流病种结构，提升数据治理能力，服务医保支付方式改革，为本地医疗机构精准锚定发展方向，有针对性提升医疗技术发展水平提供重要支撑。

第四节 健全严密有力的基金监管机制

认真贯彻落实党中央、国务院和省、市决策部署，按照依法监管、公平公正、改革创新、协同高效的原则，加快推进我市医保基金监管制度体系建设，构建全领域、全流程的基金安全防控机制，形成党委领导、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，实现医保基金监管的持久性和有效性，促进我市医疗保障制度健康持续发展，不断提高人民群众获

得感、幸福感、安全感。

1.明确医保基金监管主体责任。始终把基金监管作为医保部门的首要政治任务，健全完善基金监管工作机制；全面落实基金监管政府属地责任，把维护基金安全纳入防范化解重大风险的重要内容；认真履行打击欺诈骗取医疗保障基金联席会议召集人职责，研究部署基金监管重点工作；压紧压实医保部门基金监管主体责任，坚持“一把手”负总责，着力解决基金监管重点、难点问题，扎实有序开展好基金监管各项工作；加强内控制度建设，确保基金安全运行，建立信息披露制度，定期向社会通报欺诈骗保典型案例、打击欺诈骗保工作进度、基金收支情况等信息，主动接受人大法律监督、政协民主监督、社会舆论监督。

2.突出医保部门常态监管机制。深入开展医保基金多形式监管工作。健全“双随机、一公开”检查机制，建立完善“日常巡查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查”相结合的多形式检查制度，加大诈骗医保基金处理处罚力度，形成有效震慑；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，提升监管的专业性、精准性和效益性，有效发挥医保协议管理的协同作用。

3.强化政府部门联合监管机制。加强部门联动，充分发挥好打击欺诈骗保联席会议制度平台作用，健全完善医疗保障部门主导、多部门参与，信息共享、协同执法、联防联控、行刑衔接和

行纪衔接的医疗保障基金综合监管机制，形成一案多查、一案多处、齐抓共管、联合惩戒的工作格局，提升惩处威慑力。

4.积极动员社会力量参与监督。深入推进医疗保障基金社会监督员制度，聘请组建社会监督员队伍，加大医疗保障基金监管力度，拓宽监管深度和广度；加强《玉溪市欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施办法》的宣传，进一步健全举报奖励工作机制，畅通投诉举报渠道，激发全民参与基金监管的积极性；加强社会舆论、网络舆情监测，积极引导群众和舆论导向，合理合法处置舆论事件；加强新媒体新渠道运用，主动邀请新闻媒体参与多种形式的基金监管行动，营造良好医保基金监管环境。

5.充分发挥信用管理促进作用。开展医保基金监管信用评价工作，将定点医疗机构协议履行、基金绩效、基金监管、满意度评价、自律管理、社会信用等内容纳入信用评价范围，加强评价结果运用，开展守信激励和失信惩戒，促进医疗机构遵守医疗保障法律法规、规范医疗服务行为和行业自律。

6.推动大数据智能监管技术支撑。加快推广应用智能监控。按照省医保局建立的智能监控知识库、规则库的管理规范及标准，积极推进“两库”同步更新，加强本地化应用，确保医疗保障智能监控子系统的落地应用，逐步扩大应用范围和应用场景，提升监管工作实效；充分发挥医疗保障基金监测评估中心的作用，加快推广应用现代化技术手段，加强医保基金的实时监控、智能

预警、稽核审核筛查，为全流程、全方位监管提供智能支持；以医保目录库和医学知识库为基础，结合诊疗信息，利用现代信息化手段，对医药机构上传的医疗费用信息进行全覆盖初审，对进入大病待遇的费用进行 100% 复审。

专栏 5 医保基金监管体系建设工程

- 1.加快推进医保基金监管制度体系建设。**构建全领域、全流程的基金安全防控机制，通过法律保障、制度规范、技术支撑、多主体参与、信用体系建设等方式，到 2025 年，基本建成有效的医保基金综合监管制度体系，形成党委领导、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，实现医保基金监管的持久性和有效性，促进我市医疗保障制度健康持续发展。
- 2.全面推进智能监控。**提升医保智能监管能力，推进全国统一的医保信息平台智能监管子系统在玉溪落地应用，深化大数据和生物识别等信息技术应用，通过实时监控、智能分析、预警稽核，强化医保基金和医疗服务行为过程监管；通过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，强化对定点医疗机构临床诊疗行为的引导和审核。

第五节 稳步推进医药服务供给侧改革

全面推进药品和医用耗材集中带量采购制度改革。坚持招采合一、量价挂钩，引导药品和医用耗材价格回归合理水平。积极贯彻落实国家和省级组织的药品、医用耗材集中采购政策，确保

集中采购中选结果落地。实行县、乡、村一体化配送，提高药品配送率和及时率，保障药品供应。加强公立医疗机构价格监测评估考核，确保价格机制稳定运行。充分发挥价格杠杆功能，促进医疗机构的健康发展，形成综合效应，助力玉溪生物医药产业发展。

1.完善药品和医用耗材采购使用配套政策措施。健全与集中带量采购相配套的激励约束机制，落实医保资金结余留用政策。推进并规范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。推动集中带量采购成为公立医疗机构医药采购的主导模式，鼓励社会办医医疗机构、定点零售药店参与集中带量采购，促进中选产品优先、合理使用。

2.完善医疗和医药服务价格形成机制。建立以市场为主导的药品和医用耗材价格形成机制。建立价格的科学确定、动态调整机制，改革优化定调价程序，积极稳妥推进医疗服务价格改革。探索适应经济社会发展，更好发挥政府作用，医疗机构充分参与，体现技术劳务价值的医疗服务价格形成机制。适应“互联网+医疗健康”发展，完善“互联网+”医疗服务价格项目管理。建立健全公立医疗机构药品、医用耗材采购价格监测和交易价格信息共享机制。加强总量调控、分类管理、考核激励、综合配套，提高医疗服务价格治理的社会化、标准化、智能化水平。

3.支持生物医药和大健康产业发展。完善医疗服务价格政

策，建立医疗服务价格动态调整机制。健全完善中医药医保支付倾斜政策，优先将功能疗效明显、特色优势突出的中医医疗服务项目纳入调价范围，医疗机构炮制使用的中药饮片、医疗机构制剂实行自主定价。规范中药配方颗粒挂网和采购行为，以药品耗材集中带量采购为切口，助推生物医药和大健康产业发展。持续优化生物医药和大健康产业营商环境，对涉及生物医药、健康产业、医养结合的医疗机构及时纳入医保定点，为生物医药产业和中医药事业发展营造良好氛围。

专栏 6 医药服务改革助力玉溪生物医药产业发展

1.深入推进医疗服务价格改革。建立目标导向的价格项目管理机制、建立更可持续的总量调控机制、建立灵敏有度的价格动态调整机制、建立严密高效的价格监测机制，通过医疗服务价格的经济杠杆作用，促进医疗机构的健康发展。

2.深入推进医疗收入数据集中管理工程。建立定点医疗机构药品耗材采购、医疗服务收入、医疗服务成本等数据报送机制，及时全面掌握全市定点医疗机构药品耗材采购、价格、配送、使用情况，掌握医疗服务项目发生情况，掌握医疗服务成本情况，为玉溪产业发展提供数据支撑。

3.持续推进药品和耗材集中带量采购工作。深入推进国家、省及省际联盟和三明联盟（全国）药品、耗材、中药饮片、配方颗粒的采购工作，不断完善相关配套措施，促进医疗机构健康发展，优化生物医药和大健康产业环境，助力玉溪生物医药产业发展。

第六节 优化医疗保障公共管理服务

深入推进全市医疗保障公共服务标准化与规范化,持续推进异地医保全流程、无缝隙便捷服务,探索推进医保经办治理新机制、新举措,建设高效经办管理服务机构,提高经办机构业务能力和服务质量建设。

1.推进医疗保障公共服务标准化、规范化建设。统一全市医保政务服务事项清单和办事指南,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,优化经办流程,简化服务手续,实现医疗保障一次性告知、一站式服务、一窗口办理、一单制结算。加强经办能力建设,构建全市统一的医疗保障经办管理体系,大力推进服务下沉,把经办服务体系向基层、农村、边远地区延伸,实现市、县、乡镇(街道)、村(社区)全覆盖,提高医疗保障经办管理服务可及性。加强经办服务队伍建设,打造与新时代医疗保障公共服务要求相适应的专业队伍。优化配置医保公共管理服务能力,建立与管理服务绩效挂钩的激励约束机制。加强经办机构权力运行风险管控,建立流程控制、风险评估、运行控制、内审监督等内部控制机制,以内控成效保障标准化、规范化建设实效。全面落实医疗保障管理服务窗口标准规范,实现县级以上医保经办标准化窗口全覆盖,积极创建服务示范窗口、基层示范点、定点医疗机构示范点和管理服务示范

点。

2.持续推进异地医保全流程、无缝隙便捷服务。适应人口流动需要，做好各类人群参保和医保关系跨地区无障碍转移接续。优化异地就医直接结算服务，升级改造医院和医保信息系统，制定完善门诊跨省异地就医直接联网结算制度，实现省外参保人员门诊费用在玉溪市内二级以上公立医院实现跨省直接结算；探索协作机制，精准实现困难群体门诊、住院医疗救助费用市外即时结算。强化费用协同监管，探索建立跨区域的医保管理协作机制，在昆玉同城化建设中推行业务同城化、就医同城化、基金监管同城化。

3.探索推进医保经办治理新机制、新举措。探索推进“互联网+公共服务”模式，加快推进服务事项网上办理，实现“数据多跑腿、群众少跑路”。深入探索政府购买服务、服务外包等经办模式，积极引入社会力量参与经办服务，完善激励约束机制，规范商业保险机构、社会组织合作经办服务行为；加强与高等院校、科研院所、咨询服务机构等交流合作，充分发挥高端智库和专业机构决策支持和技术支撑作用，推动全市医疗保障治理创新。探索建立医保经办机构、参保单位（个人）、专业服务机构共建共治共享的治理格局。推行综合柜员制改革，把综合柜作为便民服务的阵地建强建硬，切实增强办事群众医保获得感、幸福感。坚持把作风革命、效能革命一抓到底、抓出成效，完善医疗保障系

统作风行风评价指标体系，全面落实“一件事一次办”、“红黑榜”、“好差评”等制度，切实提高办事效率和服务质量。

专栏 7 推进昆玉医疗保障同城化

制定昆玉医疗保障同城化项目计划，实现制度、业务和服务对接。建立医保卡同城结算体系，全力打造昆玉医保一卡通，实现医保卡互通互用和参保人员区域就医免备案；打造统一经办服务清单试点，实现医保经办服务一站式；打造昆玉异地费用联审互查试点，实现异地就医费用审核协同化；打造“互联网+医疗”等新服务模式试点，实现“互联网+”医院医保结算互联互通；打造跨区域就医协议管理试点，实现医保异地结算项目广覆盖等，重点工作上进行联动探索和深度融合。依托云南省医疗保障信息平台，解决转接信息不及时问题，实现关系转移网络化、信息化，实现昆玉职工医保参保人员医保关系转移接续顺畅，合法权益得到保障。

4.推动智慧医保平台建设。以全省统一的医疗保障信息平台建设为基础，结合“数字玉溪”的目标，落实医疗保障业务标准和技术标准，建立统一高效、兼容便捷、安全可靠的医保信息系统，推动发挥医疗保障标准在规范行业行为和促进行业自律等方面作用，提供标准医疗保障服务。完善医保信息业务编码信息维护、管理、审核工作机制，贯彻落实疾病诊断和手术操作、医保药品、医保医用耗材、医保服务项目、医师、护士、药师等 15 项医疗保障信息业务编码标准，实现纵向全贯通、横向全覆盖。强化服务支撑功能，突出应用导向，在国家、省信息平台建设基础上，

结合本地实际，积极推进“互联网+医疗健康”服务。

专栏 8 智慧医保服务工程

1.医保专网建设工程。推进医保专网省、市、县、乡、村五级全覆盖，实现全市与省医疗保障信息互联互通。完善医疗保障经办服务网络，提高医疗保障经办管理服务的均等化和可及性。打通乡镇（街道）政务服务中心、村（社区）综合服务中心医保网络，加强医疗保障经办力量，大力推进服务下沉，把经办服务体系向基层、农村、边远地区延伸。

2.医保电子凭证服务建设工程。基于全国统一的医保移动支付中心为参保人提供便捷可靠的支付服务，支持“线上+线下”自助开展购药支付、挂号、缴费等医保业务，即可通过手机一键完成医保基金和个人现金支付，实现参保人就医购药全流程“掌上办”、“指尖办”，提升参保群众就医购药体验。推进医保电子凭证普遍应用，实现所有医保经办机构和定点医药机构支持医保电子凭证应用，拓展医保电子凭证应用场景，加快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。

第四章 保障措施

1.推进法治医保建设。全面落实医疗保障领域各项法律、法规、规章，深入落实《医疗保障基金使用监督管理条例》。持续推进“放管服”改革。完善权力清单、执法清单、责任清单、服务清单，规范行政执法行为，加强执法监督。健全医疗保障行政执

法公示、执法全过程记录、重大执法决定法制审核制度。强化医保法治宣传和执法人员业务培训，进一步提高依法行政、依法经办能力。

2.强化资金保障。建立与医疗保障事业发展相匹配的投入机制。各级医保部门要积极争取有关部门加大对医疗保障事业的支持力度，强化项目前期规划，各县（市、区）结合财力加大资金投入力度，确保医疗保障重点项目的实施。各级财政要按照中央和省、市各项规定，严格落实各级财政补助资金。加大医疗保障能力建设投入力度，保障医保经办机构建设和正常运转，提高医保部门公共服务水平。

3.加强队伍建设。培养高素质专业化人才，实施医疗保障干部全员培训，采取集中办班、外出学习、高校培训等方式，全面提升干部队伍综合素质和业务能力。优化调整内设机构和人员岗位设置，加大干部交流轮岗力度，开展多种形式挂职交流。多种形式充实基层医保人员力量，打造与新时代医疗保障工作相适应的专业队伍。

4.营造良好氛围。健全完善医疗保障宣传工作机制，扩大医保政策和医保经办服务知晓率，规范政府信息公开，加强媒体信息宣传力度，加大信息报送力度，提高信息报送质量，适时召开新闻发布。加强舆情监测，提高舆论引导能力和水平，增进各方共识，为深化医疗保障制度改革创造良好舆论环境。加大医疗保

障领域先进事迹的挖掘与传播，大力营造医保、医疗、医药协同改革的良好氛围，积极构建医疗保障宣传新格局。

5.强化落实评估。建立规划实施落实督办机制，明确责任单位、实施时间表和路线图，建立规划实施统计监测评估机制，监测重点任务进展、主要指标完成情况，及时完善优化政策。积极争取各方面对医疗保障事业发展政策、资金、项目等方面的支持，促进各项目标如期完成。

