

济南市医疗保障局文件

济医保发〔2022〕11号

济南市医疗保障局 关于印发济南市“十四五”医疗保障事业 发展规划的通知

各区县人民政府，市直各部门（单位）：

《济南市“十四五”医疗保障事业发展规划》已经市委、市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

济南市医疗保障局

2022年7月21日

（此件主动公开）

济南市“十四五”医疗保障事业发展规划

为进一步推进我市医疗保障事业高质量发展，按照《中共中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》《中共山东省委、山东省人民政府贯彻落实<中共中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的意见>的实施意见》《山东省“十四五”医疗保障事业发展规划》《济南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》等文件要求，结合我市实际，制定本规划。

一、基础形势

(一) 发展基础

“十三五”期间，全市各级医疗保障部门坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，按照市委、市政府和上级医疗保障部门决策部署，全面推进医疗保障事业改革发展，医疗保障待遇和管理服务水平不断提高，人民群众在医疗保障领域的获得感、幸福感、安全感不断增强。

1. 制度体系更加完善。全面实现基本医疗保险市级统筹，完成生育保险和职工基本医疗保险合并实施，完善职工和居民大病保险制度，强化医疗救助托底功能，建立长期护理保险制度并列入国家试点，指导推出了城市定制惠民型商业医疗保险“齐

鲁保”，基本形成了以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、长期护理保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助协同发展的医疗保障制度体系，更好满足了人民群众多元化医疗保障需求。

2. 保障水平明显提高。截至 2020 年年底，全市参加基本医疗保险人数 821.14 万人，较“十二五”末增长 30.88%。职工、居民医保住院费用政策范围内平均报销比例分别达到 85.08%、57.78%，门诊慢特病费用政策范围内平均报销比例分别达到 88.61%、76.39%。实施职工大病“二次报销”政策，试点将 5 种癌症早诊早治纳入医保支付，48 项服务项目纳入职工长期护理保险支付范围，群众就医负担进一步减轻。贫困人口参保实现全覆盖，政策范围内平均报销比例达到 95%以上。新冠肺炎疫情发生后，及时将确诊、疑似患者的医疗费用纳入医保支付，实行疫情防控医保基金应急预付，确保患者不因费用问题影响就医，确保医疗机构不因支付政策影响救治。实施“一降三缓”政策，促进了疫情期间企业复工复产。

3. 重点改革有序推进。全面取消了公立医疗机构药品和耗材加成，降低了部分偏高的医疗服务项目价格，提高了病理、治疗、手术等项目价格，让价格结构更趋合理。推进药品集中带量采购在济落地，国家组织集采三批 112 个药品平均降价超过 60%，省级集采 39 个药品平均降价 67.3%。推动世界互联网中医药产业大会永久会址、省际中药（材）采购联盟落地济南，初

步形成中医药产业发展优势。改革完善医保支付方式，推行多元复合式结算，试点开展了按疾病诊断相关分组（DRG）付费改革，引导定点医疗机构合理检查、合理用药、因病施治。省市共建山东省互联网医保大健康服务平台，通过数字健康服务车、云巡诊包等方式，开展送医、送药、送检查上门，并开通医保结算功能，有效缓解了偏远地区群众看病就医难题。

4. 基金监管成效明显。在全省率先出台医疗保障基金使用监督管理暂行办法，建立医疗保障基金监管工作联席会议制度，实施“网格化”“属地化”监管，省、市、区县联动，统一部署、同步检查、结果共享，形成了多部门联动、有机衔接的工作机制。加强社会监督，建立医保基金社会监督员制度。深入开展医疗保障基金使用专项整治行动，2019年以来累计检查定点医药机构7611家次，解除医保协议75家，拒付、追回医保基金1.28亿元，有效保障了基金安全。

5. 服务质量持续提升。推行“综合柜员制”，按照“四最”“六统一”的要求，医保申办材料由222项精简到67项，群众整体办事时间压缩了54.7%，市级医保业务“不见面”办理率达到95.9%。推动服务下沉，在部分社区卫生中心、大型企业和定点药店设立医保工作站。开展了生育保险待遇医院端“一站式”结算，被国家医保局评为管理增效典型案例。完善医保协议管理，动态调整“两定机构”准入，截至2020年年底全市共有定点医疗机构1234家、定点药店2637家，具有住院功能的

297家定点医疗机构全部实现异地就医联网结算。在2019年、2020年全省医疗保障行风评价中，我市连续两年获得第一名。

6.信息化水平不断提高。建设全市医保云平台，完成济莱区划调整后医保信息系统整合。全国医保电子凭证在济南首发，截至2020年底全市医保电子凭证激活人数达到324万人，激活人数、交易笔数、交易金额居全省第一。推进医保数据跨部门共享和业务协同，建立了实体大厅、网上大厅、自助终端、微信公众号等线上线下一体化的医保信息系统，为医保事业发展提供了坚实的基础支撑。

（二）面临形势

“十四五”时期是我国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。党中央、国务院加强顶层设计，对深化医疗保障制度改革作出了整体性、系统性、战略性安排。省委、省政府高度重视医疗保障工作，绘制了全省医疗保障事业高质量发展的路线图。市委、市政府坚定落实党中央、国务院决策部署和省委、省政府工作要求，健全完善多层次社会保障体系，为全市医疗保障事业高质量发展提供了强大的内生动力和良好机遇。

同时，“十四五”时期我市医疗保障事业发展仍面临诸多挑战。国际环境日趋复杂，新冠肺炎疫情仍在起伏反复，居民疾病谱不断变化，将对医疗保障事业发展产生影响。我市医疗保障发展仍不平衡不充分，多层次医疗保障体系尚不健全。医保

基金战略购买作用和对“三医联动”改革的基础性作用发挥不充分。定点医药机构违反医保服务协议、欺诈骗保等问题仍然存在，基金运行面临风险考验。医疗保障经办力量相对薄弱，信息化标准化能力有待加强。人民群众多样化、多层次、高质量医疗保障需求越来越高，医疗费用支出保持高增长态势，基金收支平衡压力逐步增大。

“十四五”时期，全市医疗保障工作要着眼全市经济社会发展战略全局，主动适应新发展阶段，深入贯彻新发展理念，积极服务和融入新发展格局，把握发展规律，加强战略谋划，深化改革创新，完善医疗保障治理体系，提升医疗保障治理能力，为保障人民群众健康发挥更大作用，为新时代社会主义现代化强省会建设作出积极贡献。

二、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，深入贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，深入学习贯彻习近平总书记关于医疗保障工作的重要讲话、重要指示批示要求，全面贯彻党中央、国务院决策部署，按照省委、省政府“走在前、开新局”总体要求，落实市委、市政府“勇当排头兵、建设强省会”工作安排，围绕黄河流域生态保护和高质量发展等重大国家战略和新时代社会主义现代化强省会建设目标，坚持以人民为中心的发展思想，全面深化待遇保障、筹资运行、医保支付、基

金监管、医药服务供给、公共管理服务等关键领域改革，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，努力为人民群众提供全方位全周期的医疗保障，不断提升人民群众的获得感、幸福感、安全感。

（二）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，严格按照统一部署，不断提高贯彻新发展理念、服务和融入新发展格局能力和水平，为医疗保障事业高质量发展提供坚强保障。

——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，提供更加公平、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，增进民生福祉，促进社会公平，推进共同富裕。

——坚持保障基本、更可持续。坚持以收定支、收支平衡、略有结余，尽力而为、量力而行，把保基本的理念贯穿始终，根据经济社会发展水平和基金承受能力，科学合理确定保障范围和标准，提高基金统筹共济能力，防范和化解基金运行风险。

——坚持系统集成、协同高效。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联系，建立基本医疗体系、基本医保制度相互适应的机制，增强工作的系统性、整体性、协同性，推动医疗保障改革取得更大突破。

——坚持精细管理、优质服务。深入推进医疗保障领域“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。

——坚持共享共治、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。强化多主体协商共治，调动各方面积极性，凝聚改革发展共识，提高医疗保障治理水平。

（三）发展目标

到 2025 年，全市待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管“四个机制”更加健全，医药服务供给和医疗保障服务“两个支撑”更加完善，医疗保障制度更加成熟定型。

——待遇保障更加公平。筹资运行机制更加稳健可持续，各方缴费责任更加均衡。基本医疗保障更加公平普惠，基本医疗保险、大病保险、医疗救助制度三重保障功能更加完善，应急保障能力逐步增强，防范化解因病致贫返贫长效机制基本建立。

——医药服务协同高效。医保支付机制更加管用高效，药品和医用耗材集中带量采购改革持续推进，医疗服务价格动态调整，医保基金战略购买作用和在“三医联动”改革中的基础性作用得到充分发挥，医药服务可及性和人民群众获得感进一步增强。

——监管机制严密有力。健全医保基金监管责任体系、制度体系、执法体系、信用体系、保障体系，建立医保基金监管长

效机制，推动医保基金使用管理规范高效，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新格局。

——服务水平显著提升。医保法治观念明显增强，医保经办管理服务体系健全完善，全市医保信息平台安全稳定运行，“互联网+”综合保障服务能力显著提高，异地就医联网结算实现全覆盖，医保服务更加便捷惠民。

“十四五”时期全市医疗保障事业发展主要指标表

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	96%	≥97%	预期性
基金运行	基本医疗保险(含生育保险)基金收入	177.14 亿元	收入规模与我市经济社会发展水平更加适应	预期性
	基本医疗保险(含生育保险)基金支出	171.97 亿元	支出规模与我市经济社会发展水平、群众基本医疗需求更加适应	预期性
保障程度	职工基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例	85.08%	保持稳定	约束性
	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	57.78%	≥70%	约束性
	重点救助对象符合规定的住院医疗费用救助比例	79.23%	保持稳定	预期性
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	——	≥75%	预期性
	信用监管覆盖率	——	100%	约束性
	定点医药机构医保智能监控系统覆盖率	31.88%	100%	预期性
优质服务	异地住院费用跨省直接结算率	60%	>80%	预期性
	定点医药机构“一卡通行”覆盖率	62.79%	100%	预期性
	医疗保障政务服务事项线上可办率	96.77%	100%	预期性

三、健全完善多层次医疗保障体系

(一) 全面提升基本医疗保险参保质量

强化基本医疗保险扩面征缴，落实用人单位和职工依法参加职工基本医疗保险的义务和责任，引导非从业人员依法参加城乡居民基本医疗保险。建立健全覆盖全民的参保数据库，实现参保信息实时动态管理。在确保参保人数据信息安全的前提下，推进部门信息共享，实现精准扩面，避免重复参保，提升参保质量。深化医疗保险费征缴体制改革，根据国家和省部署，推进征收方式优化完善，理顺各级政府参保缴费、政府补助、困难人群分类资助参保等管理机制，依法落实政府、用人单位、个人、社会的医疗保障权利、义务、责任。2025年建立基本医疗保险参保监测机制，实现常住人口应保尽保。

专栏1 全民参保巩固提升工程

- 1.充分利用街道（镇）、社区（村）现有行政、社会资源以及应用购买服务机制，做好县域范围内医疗保险全民参保登记工作，加强医保、税务、银行三方“线上+线下”合作，提高参保登记、基数或费款申报、缴费退费、个人查询、转移接续等事项的便利度。
- 2.健全重点群体参保缴费机制，完善大学生、灵活就业人员、新就业形态从业人员等群体参保衔接机制及缴费方式，在推广“非接触”缴费基础上，为有需要的人员参保缴费提供现金收付通道。全面落实资助困难群体参保缴费政策，实现参保动态精准管理。
- 3.利用全国统一的医保信息平台，加强基础数据治理，健全应保未保、重复参保防范机制，提升参保质量。
- 4.梳理业务场景，加强业务协同，实行医保增减员等业务与相关部门和单位业务一站式办理。

(二) 优化医疗保障筹资机制

加强基金预算管理，稳步提高居民医保筹资水平，合理划分政府与个人的筹资责任。进一步加大财政对医疗救助的投入，将医疗救助资金纳入各级财政年度预算，探索拓宽其他筹资渠

道。到2025年，建立健全与我市经济社会发展和保障水平相适应的筹资动态调整机制。

（三）完善医疗保障待遇机制

完善基本医疗保险制度。改进职工医保个人账户计入办法，规范个人账户使用范围，增强门诊共济保障功能，进一步提升门诊统筹待遇。逐步统一居民医保和职工医保住院报销起付标准，完善不同级别医疗机构的差异化医保支付政策，促进分级诊疗。稳步提高职工医保和居民医保待遇水平，到2025年，普通门诊统筹年度报销额度在2020年基础上提高50%以上，居民医保政策范围内住院费用基金支付比例达到70%以上。

完善大病保险制度。稳步提高大病保险待遇水平，职工大病保险报销起付标准保持在省全口径平均工资的30%以下，居民大病保险报销起付标准保持在居民人均可支配收入的50%以下，政策范围内报销比例不低于60%。提高重特大疾病保障能力，完善大病保险特殊疗效药品管理服务措施。

健全医疗救助制度。完善城乡医疗救助管理办法，逐步提高年度医疗救助限额，合理控制重点救助对象自负费用比例，增强医疗救助托底保障功能，推进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调。全面落实重点救助对象参保缴费补助政策，健全防范和化解因病致贫返贫长效机制，巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果，与乡村振兴战略有效衔接。

完善重大疫情医疗救治费用保障机制。完善医保基金应急预案

付制度，在突发疫情等紧急情况时，确保医疗机构先救治、后收费。落实国家和省特殊群体、特定疾病医药费豁免制度，实施医疗保障、政府补助等综合保障措施，减轻群众后顾之忧。

落实完善生育保险政策措施。按照国家和省关于优化生育政策促进人口长期均衡发展的任务部署，按规定做好生育保险对参保职工生育医疗费用、生育津贴等待遇的保障，规范生育医疗费用支付管理，推进生育医疗费用支付方式改革。完善城乡居民基本医疗保险参保人员生育医疗费用待遇保障政策。

推进长期护理保险制度国家试点工作。健全长期护理保险制度政策，协同促进长期照护服务体系建设。逐步建立互助共济、责任共担的多渠道筹资机制，职工长期护理保险筹资以单位和个人缴费为主，居民长期护理保险筹资以个人缴费和政府补助为主。完善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。落实全国统一的长期护理保险失能等级评估标准，完善长期护理保险需求认定、等级评定等标准体系和管理办法。健全长期护理保险经办服务体系，完善引入社会力量参与长期护理保险经办服务办法。鼓励商业保险机构开发商业长期护理保险产品。支持医养结合和护理服务产业发展，将符合条件的医养结合机构及时纳入长期护理保险定点服务机构范围，结合行业发展趋势，适时调整长期护理保险护理服务项目目录。强化护理服务机构从业人员培训，进一步提升专业化素养，促进人才队伍建设。通过加强行业自律，规范护理服务市

场，提升服务品质，促进我市长期护理服务产业健康、有序、长足发展。

（四）促进多层次医疗保障体系发展

强化基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重保障功能，规范补充医疗保险管理，促进各类医疗保障互补衔接。加快发展商业健康保险，鼓励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，探索扩大对医保目录外费用保障责任。统筹调动慈善力量参与医疗救助，支持医疗互助有序发展，满足群众多元医疗保障需求。

四、优化医疗保障协同治理体系

（一）改进医疗保障支付机制

深入推进建立医保支付方式改革。加强医保基金总额预算管理。推行按疾病诊断相关分组（DRG）付费，2023年实现二级及以上定点医疗机构全覆盖。2025年建立普通住院按疾病诊断相关分组（DRG）付费或按病种分值（DIP）付费，医疗康复、慢性精神疾病等长期住院按床日付费，门诊慢特病按病种按人头付费的多元复合式医保支付方式。探索医疗服务与药品分开支付方式改革。探索开展紧密型医共体医保基金总额付费试点。完善互联网定点医疗机构医保基金支付方式和结算管理机制。

健全对定点医药机构的预算分配机制。健全医保支付谈判协商机制，构建多方利益趋同的新型服务供需格局。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

住院与门诊保障、药品（医用耗材）与医疗服务支付、本地就医与异地就医等情况，完善分项分类预算管理办法，健全预算和结算管理机制。根据医疗机构运行情况，按协议约定向医疗机构预付部分医保基金，提高医保基金使用绩效。

加强医保定点管理。严格执行国家医疗机构和零售药店医保定点管理办法。加强医保协议管理，完善配套政策措施，优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序。支持民营医疗机构发展，将符合条件的民营医疗机构及时纳入医保定点，享受与公立医疗机构同等待遇。支持“互联网+医疗”等新服务模式发展，将更多符合条件的互联网医院纳入医保协议管理，满足群众便捷化医药服务需求。健全激励约束及退出机制，促进定点医药机构建立内控考核体系，加强内部管理，提升技术水平和服务质量。健全定点医药机构与经办机构之间的信息沟通机制，促进医保定点管理精细化。

加大对中医药发展的支持力度。支持中药产业和中医诊疗技术发展，按照调整权限和规定程序，按规定将临床必需、安全有效、价格合理的中医诊疗项目及符合条件的医疗机构制剂等纳入医保支付范围。完善适合中医药特点的医保支付方式，适当降低起付标准。将中医优势明显、治疗路径清晰、费用明确的中医优势病种及时纳入按病种收付费范围，合理确定收费标准，充分体现中医药服务价值。支持中医药服务模式创新，推动智慧中药房建设，促进处方流转、医保结算、中药饮片采

购存储、调配煎煮、集中配送、质量追溯管理一体化发展。落实好我省《关于加强医疗保障支持中医药发展的若干措施》，支持省外企业来济投资发展，支持国家中医药综合改革示范区和国家区域医疗中心建设。

（二）完善医药价格形成机制

推动药品、医用耗材集中带量采购制度改革。落实国家、省药械集中带量采购政策，扎实做好国家、省药品和医用耗材集中带量采购结果在我市的落地执行工作。建立药品和医用耗材采购、配送、使用、结算、支付等全周期管理体系。完善医保支付标准、医保基金结余留用与集中采购协同机制。完善药品、医用耗材供应保障机制，加强药品、医用耗材交易价格的监测，健全短缺药品监测预警机制。加强药品价格异常情况监测预警。

专栏2 药品、医用耗材集中带量采购创新发展工程

1.推进医保基金与医药企业货款直接结算，降低企业交易成本。先期开展国家和省集中带量采购的药品、医用耗材货款由医保基金与医药企业直接结算工作，逐步扩大纳入直接结算的药品、医用耗材范围，实现药品、医用耗材全覆盖。

2.开展省际联盟中药饮片联合采购，引导医疗机构规范采购中药饮片，鼓励企业培育发展中药材种植基地，推动中药饮片质量提升和中药产业高质量发展。加快发展“互联网+中医药交易”，在建立中药饮片质量标准体系、质量追溯体系、供应保障机制、价格调节机制上先行先试，让群众用上优质的中药。

建立完善医疗服务价格动态调整机制。按照“设置启动条件、评估触发实施、有升有降调价、保持支付衔接、跟踪监测考核”的基本路径，建立符合我市医疗行业特点、科学确定、动态调整的价格机制。适时启动医疗服务价格项目修订与规范工作，按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则，

逐步理顺医疗服务比价关系，持续优化医疗服务价格结构，建立与经济发展水平相适应的医疗服务价格管理体系。健全新增医疗服务价格项目机制，根据新增医疗服务价格项目管理要求，结合医疗技术发展和临床实际需求等因素，受理新增医疗服务价格项目。统筹兼顾医保基金负担、医疗事业发展和人民群众的承受能力，合理调整医疗服务价格，优化医疗机构收入结构。

（三）优化医药服务供给体系

增强医药服务可及性。支持全科、护理、儿科、老年科、精神科等紧缺专业提升医疗服务能力。推动优质医疗资源扩容和均衡布局，推动社会办医发展。建立药品使用监测机制，落实医保谈判药品使用政策，引导定点医药机构优先配备使用医保药品、基本药物。支持优质仿制药研发和使用，促进仿制药替代，鼓励医疗机构优先使用创新产品。将谈判药纳入“双通道”管理，建立药品处方流转平台，支持零售药店逐步成为向群众提供药品保障的重要渠道。

促进医疗服务能力提升。强化定点医疗机构在规范医疗服务行为、合理使用医保基金和执行医保政策法规等方面的主体责任，引导其主动控制成本并建立基金使用自查自纠制度，严控医保目录外不合理费用增长。加强定点医疗机构医保考核评估，强化考核结果运用，促进定点医疗机构和医务人员规范诊疗行为。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，建立不合理用药公示和约谈制度，促进合理用药。

（四）健全医保基金监管机制

规范监督检查制度。落实行政执法公示、执法全过程记录、重大执法决定法制审核以及行政处罚裁量权基准等制度，强化对行政权力的制约和监督。全面推行“双随机、一公开”抽查机制，规范检查启动条件、检查内容、工作要求和工作流程，确保公开、公平、公正。

建立联合打击欺诈骗保工作机制。发挥全市医保基金监管工作联席会议制度作用，统筹医保基金监管的协调、指导和重大案件查处工作，完善信息情报共享机制。健全医保基金监管问题线索向纪检监察机关移送制度，强化对公立医疗机构负责人基金使用的监督考核与执纪问责。加强部门联合执法、联合惩戒，严肃追究违法违规单位和个人责任。健全打击欺诈骗保行刑衔接机制，对涉嫌犯罪的依法追究刑事责任。

探索建立信用管理制度。对定点医药机构及其执业人员、参保单位和参保人等信用对象行为实行积分管理，依法依规实施失信联合惩戒。研究制定我市医疗保障领域信用管理办法，探索建立医疗保障信用分级评价制度，推行医保服务信用承诺，逐步实现网上承诺、动态更新、网上公开。

建设智能监控系统。探索应用身份认证、视频监控、大数据筛查分析等信息技术手段，加强对医保定点医药机构医疗服务

行为、处方流转和医疗费用结算等实时监控，加大对医药机构药品、耗材、诊疗项目的价格监测，推进医保信息系统与医院实验室、医学影像、进销存管理等信息系统进行对接。

加强监管队伍建设。依法委托医保经办机构(基金稽核机构)等符合法定条件的组织开展医疗保障行政执法工作，加强执法稽核人员配备，提升案件调查处置能力。充分发挥社会监督作用，积极引入第三方力量参与和协助医保基金监管。

专栏 3 医保基金监管能力提升工程

- 1.医保监控智能化，加快推进全市定点医药机构医保智能监控系统建设，实现事前提醒、事中预警、事后审核全方位、全流程、全环节监管。
- 2.监控规则标准化，完善基础信息标准库、临床指南等医学知识库、智能监控规则库。
- 3.联合检查常态化，以打击欺诈骗保为重点，开展医疗机构违规使用医保基金行为专项治理，市、区县两级联合检查、自查或交叉互查。
- 4.社会监督多元化，健全信息披露制度，优化举报渠道，完善举报奖励机制。动员社会力量参与监管，加强对社会监督员培训，邀请社会监督员参与案件调查处理。

五、构筑坚实的医疗保障管理服务支撑体系

(一) 优化医疗保障公共服务

完善经办管理服务体系。建立市、区县、街道（镇）、社区（村）四级医疗保障公共服务体系，根据参保人数、服务量等因素强化各级医疗保障经办机构人员配置。推进医疗保障服务下沉，建设基层医保工作站点，将医疗保障服务纳入基层便民服务中心，配备工作设施，强化服务考核，所需经费纳入各级财政预算，补齐基层医疗保障公共管理服务能力配置短板，提高医疗保障经办管理服务能力。到 2022 年，实现基层医保服

站点街道（镇）全覆盖。探索利用社会资源，将医保工作站点延伸到金融机构、商业保险公司等网点。统一规范医保服务事项清单、服务标准、办理规程，实现医保经办管理服务无缝衔接。加强定点医药机构医保管理服务体系和制度建设，建立健全与管理服务绩效挂钩的激励约束机制，提升医保政策执行水平。

提升经办管理服务质量。加强医疗保障标准化建设，创建标准化服务窗口，到2023年，实现医疗保障标准化服务全覆盖。深入实施流程再造，统一规范经办规程，积极探索基本医疗保险、大病保险、医疗救助、商业健康保险、医疗互助等医疗保障业务“一站式”服务、“一窗口”办理、“一单制”结算。推进医保经办业务“网上办”“掌上办”，将医保公共服务事项全面接入一体化政务服务平台。强化健康服务管理，推广在线复诊、慢病续方、线上医保结算全流程服务模式。深化医疗保障系统行风建设，坚持传统服务方式与智能化服务创新并行，全面实施“好差评”制度。

完善异地就医直接结算。推进普通门诊费用异地就医直接结算工作，开展门诊慢特病跨省直接结算试点，将部分病种相关治疗费用纳入开通范围。利用掌办、网办等渠道支持异地备案自助办理，加强宣传引导，努力提高联网直接结算率。二级以上医疗机构全部开通普通门诊费用异地联网就医结算功能。开展职工医保个人账户“一卡通行”，建立健全“一卡通行”安

全稳定运行长效机制。

专栏 4 医疗保障公共服务平台提升工程

- 1.建设四级医保公共服务体系，进一步提升市、区县医保公共服务效能，依托街道（镇）党群服务中心及医疗卫生机构等新建约 200 个医保工作站，在全市所有社区（村）建立约 6000 个医保工作点。
- 2.推进医保电子凭证申领、医保参保信息变更、城乡居民参保登记、医保关系转移接续、异地就医结算备案、门诊费用跨省直接结算、生育保险待遇核定与支付、医保定点医疗机构基础信息变更等经办服务事项跨省通办。
- 3.提升医疗保障适老服务水平，合理布局服务窗口，优化完善无障碍设施，保留传统服务方式，配备引导人员，提供咨询、指引、帮办代办等服务，优化网上办事流程，提供更多智能化适老服务，满足老年人等特殊群体多样化需求。
- 4.推行“一条短信”工作法，为群众发送办事进度和结果短信告知，整合 12345 热线经办、业务电话咨询、智能问答机器人、微信客服等“智能+人工”服务方式，建立与服务对象之间的多层次双向互动交流渠道。
- 5.充分发挥济南市“双招双引”人才医疗保障服务平台作用，为“双招双引”人才提供医疗保障业务一对一、全流程帮办代办。

（二）构建智慧医保体系

推进数字机关建设。运用数字化思维、数字化认知、数字化技术，实现医疗保障领域机关运行和管理服务数字化变革。执行全国统一的医疗保障信息业务编码标准，高水平建设全市医疗保障信息平台。优化全市医疗保障骨干网络，实现纵向全贯通、横向全覆盖。完善医疗保障领域基础信息共享机制，实现参保人员增减、缴存基数、困难人员、第三方责任等数据的实时获取、动态更新。加强大数据开发，推动数据应用创新，打造一批医疗保障领域惠民应用场景，助力智慧泉城建设。推动人工智能、区块链等技术在医疗保障业务经办、公共服务、基金监管、决策辅助等领域的应用。

加快“互联网+医保+医疗+医药”省市一体化综合保障服务

体系建设。支持山东省互联网医保大健康平台发展，发挥数字健康服务车作用，推动优质医疗资源“沉得下、用得起”，提升基层医疗服务能力。充分发挥自由贸易试验区济南片区制度创新优势，推动加快完善平台运营模式，强化数字赋能和流程再造，支持“互联网+医联体”“互联网+药联体”等模式创新，促进医保、医疗、医药线上线下融合发展。

深化医保电子凭证应用。进一步提升医保电子凭证覆盖率，在实现定点药店全覆盖的基础上，实现定点医疗机构全覆盖，2025年全市参保群众激活率不低于80%。积极推动医保电子凭证在定点医药机构使用，推进医保电子凭证在个人账户家庭共济、混合支付和信用就医等业务场景的应用。推进使用医保电子凭证和身份证件进行挂号、就诊、检查、结算、取药等就医全流程应用。依托医保电子凭证线上核验能力，开展移动支付、刷脸支付等应用。推进医保基金支付安全环境建设，加强网络接入、机具终端和结算介质的管理。

推进医保个人信息授权查询和使用。加强医保数据信息的规范管理，优化服务，切实保障参保人员享有个人相关信息的知情权、查询权、使用权等权益。坚持依法依规、个人自愿、稳步推进的原则，逐步健全完善个人医保信息授权查询和使用管理机制和服务模式。2023年年底前，建立医保个人信息分级分类清单管理制度，逐步构建医保个人信息授权查询和使用的长效机制。

加强网络和数据安全管理。强化医疗保障信息基础设施建

设，健全网络安全制度，落实网络安全工作责任，建设网络安全综合管控平台，开展网络安全动态预警监测和风险评估，建立常态化网络安全检查和应急演练工作机制，提升安全防范和处置能力，维护信息平台运行安全。依法保护参保人员基本信息和数据安全，落实数据分级分类管理要求，规范数据管理应用。

（三）推进医保基金安全可持续发展

加强基金风险预警。建立医疗保障基金中长期精算管理机制，保证基金收支平衡、合理结余、稳健运行。定期编制医疗保险精算分析报告，对基金收支风险、政策调整、制度改革进行评估分析，推动风险监测从事后评估逐步向以精算预测为基础的事前预警过渡。建立基金运行风险监测指标体系，加强基金运行分析和风险预警，防范系统性风险。

开展基金绩效管理。科学编制医疗保障基金收支预算。完善医疗保障信息平台业务财务一体化管理机制，建立健全统计数据直接来源于业务生产数据库的管理机制。建立基金预算绩效评价指标体系，完善医疗保障基金运行定期分析制度，科学评价医疗保障基金管理效能，强化基金运行监控、评价和结果运用。深化医保基金审计成果运用，建立健全长效机制。

加强内部控制。梳理医疗保障内部管理和职权运行风险点，建立健全流程控制、风险评估、运行监控、内部监督等内部控制工作机制，及时发现并有效防范化解安全隐患，确保不发生重大安全问题。

（四）推进医疗保障法治建设

深入学习贯彻习近平法治思想，弘扬社会主义法治精神，加强医保法治建设，为医疗保障事业发展营造良好法治环境。进一步完善行政规范性文件制定程序，动态调整权责清单，规范执法行为，改进执法方式，加强执法监督。健全行政复议和应诉案件处理工作机制。加大普法力度，提高医疗保障法治思维和法治意识，严格尊法、学法、守法、用法。

（五）持续推进医疗保障人才队伍建设

实施医疗保障人才培养工程，坚持德才兼备、以德为先、任人唯贤方针，大力做好引才、育才、用才工作。坚持引进与培养并重，稳妥有序引进、选调药学、临床医学、精算、统计、信息、法律等高素质专业化人才。完善选人用人、职务职级调整等激励和保障机制，健全干部考评交流机制。建立全市医疗保障干部队伍轮训机制，力争用三年左右的时间，完成全市医疗保障干部队伍专业化轮训，锻造一支讲政治、有正气、懂业务、敢担当、善创新、争一流的医疗保障干部队伍。

六、保障措施

（一）加强组织领导

加强各级党组织在医疗保障事业发展中的领导作用，确保医疗保障工作始终坚持正确政治方向。强化部门联动，建立协同机制，加强医保、医疗、医药制度政策之间的统筹协调和综合配套，形成深化医疗保障制度改革的强大合力，确保各项工作任务落实到位。

（二）健全实施机制

科学把握规划重点和难点，明确实施时间表和路线图，提升规划实施效能。组织开展规划实施评估，监测重点任务进展、主要指标完成情况，及时完善优化政策。完善协商民主、咨询决策制度，利用高端智库和专业机构等外脑外力提供高水平决策支持和技术支撑。

（三）加强风险防控

规范重大行政决策行为，坚持科学决策、民主决策、依法决策，从决策源头化解风险。加强政务公开，推进医疗保障决策公开、执行公开、管理公开、服务公开、结果公开。把加强廉政风险防控融入业务工作和管理流程之中，实现廉政风险防控与各项工作相互促进、协调发展。建立利益表达机制，畅通医保诉求渠道，切实防范和化解矛盾纠纷。

（四）注重宣传引导

坚持正确的舆论导向，加强医疗保障政策解读和宣传服务，提高群众政策知晓度，及时回应社会关切，合理引导预期。多形式、多渠道广泛宣传医疗保障改革发展成效，增强全社会对医疗保障工作的支持。加强医保文化建设，进一步增强医疗保障系统的凝聚力和战斗力。