

武汉市医疗保障“十四五”规划

目 录

第一章 规划背景与总体思路.....	1
第一节 “十三五”发展成就.....	1
第二节 “十四五”发展形势.....	4
第三节 指导思想.....	7
第四节 基本原则.....	7
第五节 发展目标.....	9
第二章 健全多层次医疗保障制度体系.....	11
第一节 加快提升全民医保参保质量.....	11
第二节 完善基本医疗保险待遇保障机制.....	12
第三节 完善基本医疗保险筹资运行机制.....	14
第四节 促进多层次医疗保障体系发展.....	15
第五节 探索建立长期护理保险制度.....	16
第三章 完善医疗保障协同治理体系.....	17
第一节 建立健全医疗保障支付机制.....	17
第二节 完善医疗服务价格形成机制.....	18
第三节 加快健全基金监管体制机制.....	19
第四章 筑牢医疗保障服务支撑体系.....	22

第一节 提升医保公共服务水平.....	22
第二节 加快推进医保法治建设.....	25
第三节 推进医保信息化智能化建设.....	26
第四节 加强医保人才队伍建设.....	29
第五章 强化保障措施.....	31
第一节 加强组织领导.....	31
第二节 完善财政保障.....	31
第三节 落实监督考核.....	31
第四节 加强舆论宣传.....	32

武汉市医疗保障“十四五”规划

依据《“十四五”全民医疗保障规划》《武汉市国民经济和社会发展的第十四个五年规划和2035年远景目标纲要》精神和市委、市政府的总体部署，制定《武汉市医疗保障“十四五”规划》。

第一章 规划背景与总体思路

第一节 “十三五”发展成就

五年来，医疗保障部门在市委、市政府的坚强领导下，以改革促发展，全面完成了“十三五”规划提出的各项指标任务，取得了重要进展和明显成效。

——医保管理体制更加健全。2019年3月，武汉市医疗保障局组建成立，并相继完成各区医保局的组建工作，市、区医疗保障经办体系建设逐步推进。从治理体系实现了全市基本医疗保险、生育保险、医疗救助以及医药价格和药品耗材招标采购工作的统一管理。

——医疗保障制度体系进一步优化。整合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗为城乡居民基本医疗保险，缩小城乡差距，促进社会公平；职工基本医疗保险与生育保险合并实施，消除了政策障碍，强化了基金共济能力，提升了管理综合效能，降

低了管理运行成本。医疗救助与基本医疗保险、大病保险实现无缝衔接，重特大疾病医疗救助工作全面开展。

——基本医疗保障扩面明显、筹资能力有效提升。强化参保扩面，“十三五”期末，我市基本医疗保险和生育保险参保分别为 982.75 万人和 283.16 万人，分别比“十二五”新增 380.4 万人和 46 万人。全面开展职工基本医疗保险基金征收稽核，截止 2020 年 12 月底，全市共有 1628 家参保单位完成了限期整改，涉及参保职工 83174 人，补缴医保费 0.91 亿元。

——基本医疗保障待遇保障能力提升。城乡居民医保制度整合实行“三就三不就”原则，消除了城乡居民的医保待遇差距，有效提升了城乡居民医保待遇水平。严格落实《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》政策，将国家药品目录中的谈判药品及时纳入我市基本医疗保险支付范围；将 28 个基层医疗机构纳入门诊重症（慢性）疾病复诊服务试点，门诊重症病种数量由 25 种提升到 31 种；落实国家高血压、糖尿病门诊用药保障政策，符合“两病”门诊用药保障条件参保人员达 34326 人次。

——医保脱贫攻坚任务圆满完成。升级完善医疗救助“一站式、一票制”结算系统，全面实现精准扶贫对象在区域内住院“一个平台操作、一个窗口办理、费用实时结算”。“十三五”期间，全市农村贫困人口住院 3.99 万人次，门诊重症 6.85 万人次，医疗总费用 34219.81 万元，报销费用 30779.17 万元，其他补偿 259.43 万元。全市 74689 名建档立卡农村贫困人口全部参加医

保。全市农村建档立卡贫困人口入院就诊全部享受基本医疗保险、大病保险和医疗救助待遇，政策覆盖率达 100%。城乡低保、特困供养人员等重点救助对象，低收入困难对象、因病致贫对象和农村建档立卡贫困人口基本医疗保险、医疗救助覆盖率均达到 100%。

——医保合力抗疫成效显著。疫情期间，武汉市认真贯彻落实国家“两个确保”政策的要求，临时扩大医保支付范围，累计预付医保统筹资金 34.37 亿元；多措并举，保障疫情期间普通病患就诊购药，全市门诊重症（慢性）疾病定点零售药店试点从 2 家分批临时增加至 111 家；快速搭建“武汉医保帮找药”购药预约平台，征集志愿者 40 多名，服务群众查找药品 60 多万人次；放宽门诊重症（慢性）疾病处方用药量至 3 个月，保障参保患者用药需求。支持企业复工复产，2020 年共减征职工基本医疗保险缴费 27 亿元。

——参保人就医便利性明显改善。两定机构数量快速增长，全市定点医疗机构由 2015 年的 1168 家提高到 2020 年的 3537 家，全市定点药店由 2015 年的 3376 家提高到 2020 年的 4775 家。实现了异地就医住院即时结算，优先将四类人员纳入跨省异地就医住院费用直接结算的范围。“十三五”期间，我市参保人在全国 30 个省 398 个地市实现跨省异地就医直接结算 27410 人次，总费用 4.94 亿元，其中统筹基金支付 3.29 亿元。

——不合理医疗费用支出得到有力控制。严格实行医保基金

总额预算管理，确定 50 个新增病种和病种支付标准，实施按病种结算的病种数达到 151 个；完善药品采购机制，推进国家组织的 112 种带量采购中选药品落地实施，组织开展 45 个品种药品集中带量采购，中选品种平均降幅 31%，年节约 8.45 亿元；对 30 个重点监控药品集中议价采购，议价成功品种平均降幅 42.7%，重点监控品种节约金额 14.61 亿元。集中开展打击欺诈骗保，“十三五”期间，组织对全市 6368 家定点医药机构检查实现全覆盖，对全市二级医疗机构 22.36 万份病历进行了专项审核。暂停医保结算资格 70 家，解除定点协议 11 家。调整理顺医疗服务价格，取消公立医疗机构药品和医用耗材加成，降低检查检验费用，提高医疗服务价格。市医保局成立当年，职工基本医疗保险统筹基金实现当期收支平衡、略有结余。

第二节 “十四五”发展形势

1. 发展机遇

各级政府高度重视医疗保障事业。全民医疗保障制度是我国医药卫生体制5项核心制度之一，是“健康中国2030”战略的核心组成部分。十九届五中全会提出“健全多层次社会保障体系，全面推进健康中国建设”，明确了医保事业的发展蓝图。十九大以来，中央将医保改革摆在“三医联动”中更加突出的位置，多次强调“要发挥医保的基础性作用”。首次以中共中央、国务院名义印发了《关于深化医疗保障制度改革的意见》，确定了中国

特色医疗保障制度体系“1+4+2”的制度框架、发展目标和改革任务。国务院发布《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。我省发布《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，提供了改革依据。

武汉市正迎来前所未有的发展机遇。“一带一路”、长江经济带、中部地区崛起等国家战略聚焦武汉，中央一揽子支持政策赋能武汉，大量企业响应中央号召来汉投资。武汉市正全力打造“五个中心”、建设现代化大武汉、健康武汉，经济活力将进一步激发，吸纳外来人口的能力将进一步增强，医疗保障可持续性将更有保障。武汉市为国家卫生中心城市，是区域性医疗中心，正大力发展健康产业、康养产业，我市居民医疗服务可及性将进一步增强。

数字化、信息化和智能化为医疗保障赋能。武汉市“十四五”规划明确提出加快数字社会建设，促进数字技术全面融入社会生活，提高政府数字化水平，以数字赋能政府转型，提高政府服务效能。以大数据和人工智能等技术为支撑，武汉市医疗保障经办管理决策将更加科学合理，参保缴费更加便捷可及，待遇保障更加公平适度，支付方式更加管用高效，基金监管更加严密有力，三医联动改革更加协同高效。

2. 面临挑战

武汉市面临新业态、人口流动和人口老龄化等多重挑战。当

前，我市新业态发展如火如荼。新业态从业人员中，相当部分尚未参加职工医保。武汉市素有“九省通衢”之称，水陆空交通网四通八达，人员往来频繁。大量人口流动对医疗保障参保登记、待遇保障、异地就医、医保关系转移接续和医保基金监管带来了较大困难。武汉市人口老龄化程度相对严重，尤其是职工基本医疗保险抚养比偏高，应积极探索建立长期护理保险制度，以满足老年人长期护理服务需求。

武汉市医疗供给侧结构性改革任重道远。武汉市医疗实力雄厚，医疗资源供给快速增长。武汉市有5所三级医院入选全国百强医院，医疗实力雄厚，为区域性医疗中心。武汉市“十四五”规划提出，到2025年，每千人口医疗卫生机构床位数8.8张，每万人口全科医师不少于5人。我市三级医疗服务体系供给呈现结构性失衡，医疗资源向中心城区大医院集中的趋势没有减缓，分级诊疗有待进一步推进。国内外新技术、新药品、新设备引进速度也在加快，“互联网+”医药服务快速发展，必将给我市医保基金支出带来较大压力。同时，大量外地人口涌入我市就医，医保基金监管难度很大，亟需建立跨区域医保基金监管机制。

武汉市医保制度改革进入深水区。推动医保高质量发展是医保事业迎变局、开新局、育先机的必然要求。武汉市职工基本医疗保险基金结构性风险突出，普通门诊统筹制度尚未建立，个人账户大量结余，统筹基金收不抵支，影响了医保制度可持续发展和参保人医保待遇享受。城乡居民重特大疾病风险较高，亟需健

全多层次医疗保障制度体系，提高重特大疾病保障水平，建立防范和化解因病致贫返贫的长效机制。医保协商谈判机制有待进一步规范，DRG 支付方式改革正在试点，基金监管力量薄弱，医药服务价格形成机制尚需深化，集中带量采购制度有待完善。武汉市医保制度亟需推动高质量发展，建立更加公平、更有效率、更可持续、更加安全、更为便捷的医保制度。

第三节 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二中、三中、四中、五中全会精神，准确把握“两个大局”时代特征，牢记习近平总书记“四个着力”和“四个切实”嘱托，坚持“五位一体”总体布局和“四个全面”战略布局，把保障人民健康放在优先发展的战略位置，着力解决医疗保障发展不平衡不充分问题，加快健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次医疗保障体系，建设公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医保，推动医疗保障高质量发展，使我市人民群众有更多获得感、幸福感、安全感。

第四节 基本原则

坚持全民覆盖、保障基本。基本医疗保障依法覆盖全民，城镇就业人员依法参加职工基本医疗保险。坚持尽力而为、量力而行，实事求是确定保障范围和标准。着力化解民众医疗费用风险，

切实提高重特大疾病医疗保障水平。

坚持稳健持续、防范风险。科学确定筹资水平，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，开展中长期精算，防范系统性风险。要坚持预防为主，惩戒在后，引导相关主体合理合规合法使用医疗保障基金。

坚持促进公平、筑牢底线。坚持依法行政，建立健全医疗保障经办管理规章制度和流程，体现规则公平。统一规范两定机构准入和退出机制，坚持一视同仁，实现过程公平。提高城乡医疗保障制度筹资和待遇公平性，促进医疗服务利用公平和健康公平，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。

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。更好发挥政府作用，提高医保治理社会化、法治化、标准化、智能化水平，实现医保治理体系和治理能力现代化。

坚持系统集成、协同高效。增强医保、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。加快推动长江中游地区医保一体化进程，积极推进武汉城市圈医保一体化。

第五节 发展目标

“十四五”时期，我市医疗保障事业发展的总体目标是实现多层次医疗保障制度体系的成熟定型。根据省委省政府《关于全省深化医疗保障制度改革的若干措施》，结合我市实际情况，到2022年，基本医疗保险实现应保尽保、应缴尽缴，职工基本医疗保险门诊统筹制度全面实施，跨省异地就医门诊实现直接结算，支付方式改革取得明显成效，基金监管体制机制进一步优化，医药服务价格形成机制更加完善，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高。到2025年，我市医疗保障关键领域改革基本完成，基本建成公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医保，实现医疗保障高质量发展。

表 1 “十四五”期间武汉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	95%	95%以上	市医保局	约束性
重点人群参保率	100%	100%	市医保局、市民政局、市卫健委、市退役军人事务局、市残联	约束性
职工基本医疗保险普通门诊政策范围内报销比例	—	60%	市医保局	预期性
职工基本医疗保险住院政策范围内报销比例	77.24%	80%以上	市医保局	约束性
城乡居民医疗保险住院政策范围内报销比例	70%左右	70%左右	市医保局	约束性
二级及以上综合定点医院按 DRG 付费的覆盖率	—	95%	市医保局	约束性
集中带量采购中标药品品种数	157	>300	市医保局、市卫健委	预期性
医疗保障政务服务事项线上可办率	15.3%	>90%	市医保局	预期性
医保电子凭证激活率	—	>85%	市医保局	约束性
省内异地就医门诊直接结算定点医院数量	—	≥60 家	市医保局	预期性

第二章 健全多层次医疗保障制度体系

第一节 加快提升全民医保参保质量

完善基本医疗保险参保机制。完善覆盖全民、依法参保的基本医疗保险制度。医疗保障部门与公安、民政、人力资源社会保障、卫生健康、市场监管、税务、教育、司法、扶贫、残联等部门建立数据共享交换机制，加强人员信息共享，形成武汉市全民参保计划库，核实断保、停保人员情况，精准锁定未参保人群。加强制度衔接和信息比对，防止出现重复参保、重复缴费、重复补贴和重复享受。确保城乡困难群众应保尽保。

扩大基本医疗保险参保范围。职工基本医疗保险逐步以全市劳动就业人口作为参保扩面对象。完善新就业形态从业人员参保缴费方式，引导新就业形态从业人员参加职工基本医疗保险。按中央和省要求，做好城乡居民医保制度和城镇职工基本医疗保险的衔接，防止职工基本医疗保险参保人员因失业而断保。

优化参保缴费服务。加强与税务部门衔接，按照中央和省统一部署，稳步推进医疗保险费征收体制改革。实施单位自主申报缴费。加强城乡居民参保缴费服务，压实乡镇街道参保征缴责任。加强医保、税务、银行三方“线上+线下”合作，丰富参保缴费便民渠道。

第二节 完善基本医疗保险待遇保障机制

合理确定基本医疗保险待遇水平。改革职工基本医疗保险个人账户，建立职工基本医疗保险普通门诊统筹制度。做好普通门诊统筹与门诊重症（慢性病）待遇、住院支付政策和分级诊疗政策衔接。加强高血压、糖尿病等慢性病保障力度，推进“两病”早诊早治、医防融合。均衡门诊重症（慢性病）与住院待遇水平，探索由病种保障向费用保障过渡。建立基本医疗保险住院起付线、封顶线与经济发展水平、基金承受能力相适应的动态调整机制。落实待遇清单制度，实施公平适度保障。根据医保基金支付能力，将符合条件的治疗性康复辅助器具按程序纳入基本医疗保险支付范围。

专栏 1 职工基本医疗保险普通门诊统筹改革

根据中央和省职工基本医疗保险普通门诊统筹和待遇清单改革指导意见，结合武汉市职工基本医疗保险基金收支状况，调整在职职工、灵活就业人员和退休职工个人账户划入比例。将职工基本医疗保险参保人在定点医疗机构发生的普通门诊费用纳入职工基本医疗保险普通门诊统筹保障范围。普通门诊统筹设立起付标准、支付比例和年度支付限额，报销比例从 50%起步，并向退休职工倾斜。科学测算起付线标准和最高支付限额。在基金测算的基础上，根据经济社会发展和基金运行实际情况，动态调整普通门诊统筹待遇水平。

健全重特大疾病医疗保险和救助制度。优化大病保险待遇保障制度设计，健全统一规范的医疗救助制度。促进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调。加强部门协同，建立高额费用患者监测预警机制，健全支出型贫困家庭医疗救助制度，建立防范和化解因病致贫返贫长效机制，实现救助对象动态维护更新和信息共享。增强医疗救助托底保障功能，向重点救助对象和重特大疾病患者倾斜。加强对社会救助对象等重点人群就医监管力度，降低社会救助对象医疗成本，合理控制社会救助对象政策范围内自付费用比例。加强对频繁就医重点人群的指导和引导。

巩固医保脱贫攻坚成果同乡村振兴战略有效衔接。坚持共享发展成果，按照省统一部署，逐步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，分类调整医疗保障扶贫倾斜政策，确保政策有效衔接，待遇平稳过渡，制度可持续。合理确定农村困难群众待遇保障标准，整体提升农村困难群众医疗保障管理服务水平。加强因病致贫、因病返贫动态监测。

建立健全重大疫情医疗救治费用保障机制。理顺基本医疗保险与财政在重大疫情医疗救治费用保障中的权责关系，及时向定点医疗机构拨付符合规定的医保费用。健全重大疫情医疗救治医保支付政策，完善异地就医直接结算制度，确保患者不因费用问题影响就医。根据中央和省要求，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。

优化生育保障政策措施。加强生育保险与人口和生育政策衔接，逐步提高产前检查和住院分娩待遇水平，优化生育保险对不同层级医院分娩医疗费用的支付标准，根据中央和省规定及时调整生育津贴待遇。

第三节 完善基本医疗保险筹资运行机制

完善多元筹资机制。逐步做实职工基本医疗保险缴费基数，实行按工资总额据实征缴，加大征缴基数的稽核。在做实缴费基数的基础上，合理确定费率，实行动态调整。居民医保个人缴费与人均可支配收入挂钩。建立与经济社会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，统筹调动慈善医疗救助力量。

做实基本医疗保险市级统筹。职工基本医疗保险和城乡居民医保做实市级统筹，实现政策制度、基金管理、协议管理、经办服务、信息系统等“五统一”，提升医保制度公平性和运行效率，提高基金共济能力和抗风险能力。推动医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调。

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，全面实施预算绩效管理。加强对医保基金使用绩效评价，将评价结果与医保支付相挂钩。完善基本医疗保险转移支付直达机制。加强基金中长期精算分析，健全基金

运行风险评估、预警机制，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。适应异地就医直接结算、“互联网+医疗”和医疗机构服务模式发展需要，探索开展跨区域基金预算试点。

第四节 促进多层次医疗保障体系发展

鼓励商业健康保险发展。强化基本医疗保险、大病保险与医疗救助三重保障功能，促进多层次医疗保障互补衔接，满足多元医疗需求，提高重特大疾病保障水平。支持引导商业保险机构，合作建立普惠制商业健康保险，减轻参保人政策范围外自付费用负担，增强参保人获得感。探索建立普惠制商业健康保险加入基本医疗保险“一站式结算”，研发基本医疗保险与商业健康保险信息共享的管理系统，加强医疗保障待遇支付衔接，确保参保人员信息安全。鼓励有条件的企业自主建立补充医疗保障。

支持医疗互助有序发展。鼓励工会发展职工医疗互助，将职工家属纳入职工医疗互助覆盖范围。坚持职工医疗互助的互助共济性和非营利性，发挥低成本、低缴费、广覆盖、广受益的优势，加强职工医疗互助与基本医疗保险的衔接，促进信息共享，更好减轻职工及其家属医疗费用负担。

鼓励发展慈善医疗互助。鼓励社会慈善捐赠，依托我市医疗保障信息平台，推动慈善医疗互助信息共享，充分发挥基本医疗保险、医疗互助协同效应。通过多层次医疗保障制度体系，稳步

提高重特大疾病患者保障水平，合力防范因病致贫返贫风险。

第五节 探索建立长期护理保险制度

按照中央和省要求，探索建立长期护理保险制度，重点解决重度失能人员基本护理保障需求。探索建立互助共济、责任共担的多渠道筹资机制，形成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。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。加强与卫健、民政、残联等部门康复、护理、残疾救助和支出型贫困救助等相关政策的衔接，合力提高重度失能人员保障能力。引入社会力量参与长期护理保险经办服务，充实经办力量。同步建立绩效评价、考核激励、风险防范机制，提高经办管理服务能力和效率。鼓励商业保险机构开发商业长期护理保险产品。

第三章 完善医疗保障协同治理体系

第一节 建立健全医疗保障支付机制

创新医保协议管理。完善基本医疗保险协议管理，简化优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序。将符合条件的医药机构按规定纳入医保协议管理范围。做好“互联网+”医疗服务医保协议管理，按照国家、省统一部署，完善“互联网+”医疗服务医保支付政策。建立定点医药机构履行协议考核机制，完善定点医药机构退出机制。配合省医保局建立健全跨区域就医协议管理机制。

持续推进多元复合式支付方式改革。建立完善在医保总额预算下按疾病诊断相关分组（DRG）付费、按床日付费等多元复合式支付方式。以按 DRG 付费国家试点改革为重点，持续优化我市 DRG 细分组方案，加强信息系统建设，不断完善医保支付政策。完善日间手术医保支付政策，将更多符合条件的基层医疗机构纳入医保定点范围，探索符合定点基层医疗机构特点的医保支付方式，引导患者到基层医疗机构就医，提高基层医疗机构医保基金支出的占比。

支持“互联网+”医疗服务发展。按照国家、省统一部署，建立“互联网+”医疗服务医保支付工作统计监测体系。做好“互联网+”医保服务监管，重点查处虚构身份、虚假诊治、虚开药

品、伪造票据等欺诈骗保行为。

第二节 完善医疗服务价格形成机制

深化集中带量采购制度改革。根据中央和省有关要求，全面推进药品耗材集中带量采购，坚持招采合一、量价挂钩、以量换价，发挥医保基金战略性购买作用。鼓励非公立医疗机构、社会药店等积极参与集中带量采购。推进医保基金与医药企业直接结算，按中央和省统一规定执行医保支付标准和集中采购价格协同机制。探索非过评化药、生物药集中带量采购，探索构建联盟采购机制，分层、分类、分批开展高值医用耗材集采。建立以市场为主导的药品耗材价格形成机制，促使药品耗材价格回归合理水平，降低医保基金运行风险，使药品耗材市场竞争更加充分，虚高价格得到有效治理，市场行为更加规范有序。

完善医疗服务价格治理机制。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，稳妥有序调整医疗服务价格，持续优化医疗服务价格结构和医疗机构收入结构。建立健全灵敏有度的医疗服务价格动态调整机制，逐步理顺医疗服务的比价关系。鼓励和引导医疗新业务、新技术的应用和开展，将性价比高的医疗服务价格项目及时纳入医保支付范围。鼓励处方流转，实现药店和医院药品同质化竞争，以市场竞争促进常见药品提质降价。加快审核新增医疗服务价格项目，建立价格科学确定、动态调整机制。加强医疗服务价格调整与医保支付方式改革政策

协同性。

第三节 加快健全基金监管体制机制

加强基金监督执法体系建设。加强基金监管执法体系建设，探索推进基金监管机构、人员队伍及相关设施设备标准化建设，不断提升基金监管专业化、规范化水平。明确各层级医保行政监管的职权范围，理顺医保行政监管、行政执法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、纵向贯通的行政监管体系。落实《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）文件要求，将基金监管工作纳入地方政府考核范围，逐级建立激励问责机制。

建立健全监督检查制度。推行“双随机、一公开”监管机制，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。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。建立和完善政府购买服务机制，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，建立第三方购买准入和退出机制，推行按服务绩效付费，提升监管的专业性、精准性、效益性。加强对医疗保障经办机构的监管。适应医疗保险支付方式改革，不断创新医保基金监管方式方法。

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。创新定点医药机构综合绩效考评机制，将信用评价结果、综合绩效考评结果与预算管理、检查稽核、定点协议管理等相关联。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。重点加强对高风险两定机构和参保人群的监管。

全面建成智能监控制度。结合全国统一的医保信息平台建设进度和总体要求，推进部署医保智能监管子系统实施应用。推进智能监控知识库和规则库规范化建设，实现全国统一，线上线下一致，并动态更新。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、人工智能、大数据分析、区块链等新技术应用。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。积极探索将DRG支付方式、“互联网+医疗”等新型供给方式、长期护理服务、医保参与支持的商业医疗保险等，纳入智能监控范围。

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。抓好举报奖励落实，确保及时、足额兑现奖励资金，引导群众积极主动举报欺诈骗保行为。健全社会监督员、“吹哨人”、内部举报人制度，广泛动员社会各界参与监

管。鼓励和引导家庭医生发挥基层“守门人”作用，协同构建基金安全防线。

第四章 筑牢医疗保障服务支撑体系

第一节 提升医保公共服务水平

加强经办服务体系建设。完善经办管理制度，加快公共服务标准化、规范化建设，建立全市统一规范的医保公共服务标准体系。改革完善全市医保经办机构体制和机制，加大基层窗口人员配备，不断提升各级医保单位人岗匹配度。依托镇(街)政务服务中心、村(社区)综合服务中心，大力推进服务下沉，打通最后一公里，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可及性。深化政风行风建设，建立与管理服务绩效挂钩的激励约束和风险防范机制，促进行风建设与业务经办质量一体融合。

专栏 2 医疗保障服务机构建设工程

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. 补齐经办机构配套。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、区、街道、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. 充实医保经办人员。按照省医保局要求推进，各乡镇（街

道) 医保经办服务工作人员不少于 3 名。

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. 提升服务特殊群体的能力水平。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、代办代查，实行“一站式”服务。

提升医保经办服务效能。大力推进服务事项综窗受理，推动市、区全面实现“前台综合受理、后台分类审批、统一窗口出件”。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，持续精简优化审批服务流程，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。结合“双评议”，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”。

专栏 3 医疗保障公共服务优化工程

1. 建立并实施全市统一的公共服务清单制度，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，推动电子材料、电子档案、电子证照、电子表单、电子印章的凭证化使用，促进医保业务经办模式向“无纸”“无感”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、区、街道（乡镇）、社区（村）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，打造武汉医保公共服务品牌。

专栏 4 医疗保障服务示范工程

1. 五年内实现全市区以上医保经办标准化窗口全覆盖。

2. 在全市建成 5 个区级及以上医保经办服务示范窗口。

3. 建设 10 个医疗保障基层服务示范点。面向乡镇(街道)和村(社区)两级，结合人口分布、人口流动、经济发展水平，分区域因地制宜的制定评定标准，推动医保经办服务下沉。

4. 建设 10 个医疗保障定点医疗机构和 10 个医疗保障定点零售药店示范点，推动精细化管理，提升参保人就诊体验。

5. 建设 2 个智慧医保管理服务示范点，提升经办管理服务数字化、智能化水平。

创新医保经办治理机制。健全共建共治共享的医保治理格

局，探索建设医保经办机构法人治理体系。推进医保经办管理服务与各地政务服务、网上政务服务平台衔接，积极引入商业保险等社会力量参与医保经办管理服务，实现政府购买医保相关业务服务常态化、规范化、制度化。加强定点医疗机构医保职能部门建设，发挥定点医疗机构医保职能部门作用，延伸经办管理服务网络。

提升区域医疗保障一体化发展水平。推动长江中游城市群医保一体化。完善长江中游城市群医疗保障协商合作与信息共享机制，探索建立医疗保障重大事项、重大项目和重大政策协同推进机制。积极推进武汉城市圈医保一体化，深入实施跨市异地就医直接结算，提高异地就医便利性。推进急诊和部分门诊实现异地就医直接结算。建立跨市异地就医直接结算信息沟通机制和应急联动机制。配合省医保局建立跨区域就医协议管理机制，做实属地监管，提高监管效能。

第二节 加快推进法治医保建设

健全医疗保障制度体系。坚持医保立法与深化医疗保障制度改革相衔接，确保医保立法符合国家、省级医保改革精神，严格落实科学立法、民主立法、依法立法要求。坚持立改废释并举，做好医疗保障制度制定修订和评估清理工作，提高医疗保障制度质量。

不断规范行政执法。健全医疗保障行政执法规范体系，持续

推进“双随机一公开”监管，规范医保行政执法自由裁量权，严格落实行政执法责任制和责任追究制度，全面提高执法水平和办案质量。全面推行行政执法“三项制度”，严格执法程序，健全行政执法和刑事司法衔接机制，推动执法重心向各区下移。科学设定市区执法权限，强化联合执法协调机制。

加强普法宣传教育。进一步推动落实医保普法责任制，坚持上下联动、普治并举、内外并重，开展多种形式的医保普法宣传活动，引导全社会增强医保法治意识。重点加强基层医保普法宣传教育，提升群众法治意识和法律素养。充分发挥基层医保部门在普法宣传方面的作用，完善以案释法、媒体公益普法等机制，全面完成法治宣传教育任务。及时回应群众诉求，积极维护人民合法的医疗保障权益，形成良好的法治氛围。推动法制培训常态化，以执法培训为重点，将宣贯培训覆盖到全市医保系统，全面提高医保工作人员依法行政的能力水平。

第三节 推进医保信息化智能化建设

建设全面覆盖的医保业务网络。配合中央和省完成市级医保骨干网络建设及接入工作，实现医保网络全面覆盖，核心业务网络纵向实现与省、区互联互通，横向与人社、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。

专栏 5 医疗保障专网建设

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。

2. 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。市、区、街道及有条件的社区（乡）医保经办机构以武汉市电子政务网络、医保专线为主备的方式接入，带宽不低于 50M；偏远社区（乡）医保经办机构可用 4G/5G+VPDN 方式接入，带宽不低于 20M。

3. 提升定点医药机构的网络质量。中心城区及有条件的新城区定点医药机构采取专线接入方式，带宽最高可达 50M；偏远地区乡村和社区卫生室考虑采用 4G/5G+VPDN 方式接入医保数据中心网络，带宽不低于 2M。

4. 建设局办公及业务网络。建设市局内部业务经办及办公网络，满足市局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。

5. 制定本行业领域重要信息系统国产密码应用的指导意见，推动国产密码应用部署落实。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。

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，提高社会公众对电子凭证的认知度。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，在全市所有医保经办机构 and 定点医药机构推广使用，丰富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，支持职工和居民的普通门诊、门特慢门诊、住院、生育等多种结算场景，进一步提升参保群众满意度。

完善“互联网+”医保服务。依托统一医疗保障信息平台，支持处方流转，实现医保线上支付。建设医保公共服务网，通过对接省电子政务平台以及通过互联网在局官方网站、微信公众平台、小程序等“互联网+”服务平台，为参保人提供便捷的在线业务办理方式，实现主要业务全程网办。建设医保服务智能问答系统，在医保服务热线、在线咨询中引入智能答复系统，提高回答准确性、针对性，缩短回复周期。

提高医保智能化管理能力。建设市医疗保障指挥调度平台，整合应急指挥调度、领导决策会议、领导监察、应急预案演练及培训等多种应用，有效提升全市医保智能化管理水平。建立医保待遇智能化分析系统，分析我市参保病人常见病、多发病、罕见病等，有针对性地优化保障待遇，提高服务可及性，加强重点人群管理，引导合理就医。

开展医保大数据综合运用工作。建立医保数据安全管理机制，加强医保数据采集、存储、使用管理。规范数据管理和应用权限，依法保护参保人员隐私和数据安全。完善医保基金智能监控知识库和规则库，推动医保费用结算从人工抽查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。加强统计数据的应用，提高政策决策支持能力。

第四节 加强医保人才队伍建设

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。强化重点岗位权力监督，打造一只忠诚、干净、担当的高素质干部队伍。

优化队伍结构。充实区级医疗保障部门工作力量，打牢工作基础。坚持事业为上，以事择人，聚焦医疗保障事业长远需要和工作实际，打造一支专业化、规范化、职业化的医保工作队伍，有序引进高素质专业化人才。大力开展业务练兵和技能比武，不断提升经办人员服务能力和服务水平。

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教育培训中长期规划。坚持多形式分级分类举办各类业务培训，探索建立与医疗机构、科研院所等联合培养人才机制。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。

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。实施靶向监督，针对性强化重点岗位监督，定期对重点岗位工作人员进行跨区、科室轮换。健全医疗保障行政部门、经办部门工作人员执法回避制度。建立健全经办机构内部控制制度，定期聘请第三方机构对经办机构内控风险进行评估，筑牢基金监管内控防线。

第五章 强化保障措施

第一节 加强组织领导

健全医疗保障改革领导小组职能分工。建立健全部门协同机制，加强医保、医疗、医药制度政策之间的统筹协调和综合配套，提高医疗保障改革协同推进效能。会同有关部门研究解决改革中跨层级、跨部门、跨区域、跨行业的重大问题。积极争取中央和省层面的政策支持和工作指导，提高政策改革的前瞻性和引领性。

第二节 完善财政保障

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，加大对医保重大改革、重点项目和重大活动的资金保障力度。探索政府购买医保经办服务的新办法、新途径，提高购买服务的绩效。加大对医保信息化标准化智能化建设的投入。通过自评、第三方机构评价等方式，加强财政资金使用的绩效评价，提高医保资金使用效率。

第三节 落实监督考核

建立规划实施工作责任机制，制定规划目标任务分解落实方案，明确规划各项任务责任主体、实施时限。将医疗保障规划重

点指标的完成情况纳入政府绩效考核体系，作为各区政府和相关部门考核的重要依据，推动规划重点目标的落实。加强对规划实施情况的监测、评估和反馈，确保规划实施不打折扣。

第四节 加强舆论宣传

设立医疗保障信息宣传员，加强医保政策宣传解读，合理引导社会预期，及时回应群众关切，广泛凝聚共识。加强规划宣传引导工作，提高医疗保障工作的社会知晓度，提高人民群众对医保工作的社会参与。建立健全医保社会舆情收集和处置机制，及时回应社会关切，在全社会形成关心、支持、参与医疗保障制度改革的良好氛围。