

金华市发展和改革委员会 文件 金华市医疗保障局

金发改规划〔2021〕5号

金华市发展和改革委员会 金华市医疗保障局 关于印发《金华市医疗保障事业发展“十四五” 规划》的通知

各县（市、区）人民政府，市级有关单位：

《金华市医疗保障事业发展“十四五”规划》是列入我市“十四五”规划编制目录的专项规划，现印发给你们，请结合实际认真组织实施。

金华市发展和改革委员会



金华市医疗保障局

2021年6月8日



金华市医疗保障事业发展“十四五”规划

为深入贯彻《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《中共浙江省委 浙江省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（浙委发〔2020〕29号）精神，推动我市医疗保障事业高质量发展，助力健康金华建设，依据《浙江省医疗保障条例》《浙江省医疗保障事业发展“十四五”规划》和《中共金华市委 金华市人民政府关于深化医疗保障制度改革强化数字赋能打造全民安心医保城市的实施意见》（金委发〔2021〕16号），制定本规划。本规划是金华医疗保障领域的第一个五年规划，是我市发展全民医疗保障事业，打造“全民安心医保城市”的重要依据，是引导市场参与多层次医疗保障体系建设的重要参考。

一、“十三五”医疗保障改革成就

“十三五”以来，我市高度重视医疗保障工作，聚焦解决民生短板，持续深化医疗保障制度改革，先后获批6项国家、省级试点，基本医疗保险参保人数突破510万，户籍人口参保率达99.97%，居全省第一，住院综合报销水平达85%以上，大幅提升了参保群众“幸福指数”。面对突如其来的新冠肺炎疫情，全市医疗保障系统以高度的政治自觉，迅速构筑疫情防控医疗保障工作体系，医保减征缓缴政策为企业减负6.35亿元，创新推出的“流

动药房”等疫情防控和便民举措在全省医保系统起到了引领示范效应。

（一）医疗保障制度更加完善。坚持以人民健康为中心，在全域初步建成了以基本医疗保险为主体、“选缴保费法”大病保险为延伸、医疗救助为托底的“三位一体”全民医保体系。2019年开始，实施“分档统筹法”全民基本医保制度，打破群体限制，统一设立三个缴费档次（一档、二档、三档），实现全域医保待遇“无差别”、医保刷卡“无异地”。2018年，在全国首创“选缴保费法”大病保险制度，参保群众在依法缴纳大病保险基本保费的基础上，可自主缴纳“选缴保费”，提高筹资水平、保障待遇，有效化解“因病致贫、因病返贫”难题。同时，充分发挥医疗救助兜底作用，通过完善医疗救助政策、落实困难人员资助参保、阶梯式开展医疗救助等精准扶贫举措，实现符合条件的困难群众资助参保率达到100%、医疗救助政策落实率达到100%。

（二）医保支付方式更加精细。以建立管用高效的医保付费机制为目标，在全国先行先试，实现医保基金总额预算闭环管理。2016年7月，金华在全国率先实行“病组点数法”付费改革，并在2019年5月，获批全省唯一一个DRG付费改革国家试点城市。改革以来，金华住院医保基金支出增长率从改革前14%下降至当前7%，2016-2019年累计节约医保基金5.87亿元，实现了参保群众、医疗机构、医保基金三方共赢。2020年，金华在全国首创门诊“APG点数法”付费改革，全市医保门诊基金实行总额预算、按

人头进行包干管理，门诊服务量采用 APGs 点数计量支付，促使基层医疗机构提高基层健康管理水平和医保基金的使用绩效。积极探索特定领域医保支付改革，与北京协和医学院合作开展长期慢性病、康复病人按床日付费研究，构建更加科学有效的付费体系。

（三）医保基金监管更加有力。医保基金监管工作扎实推进，医保专项治理卓见成效。严厉打击欺诈骗保和违规违约行为，织密扎牢基金监管笼子，维护社会公平正义。2019 年以来，实现定点医药机构现场检查 100%全覆盖，追回医保基金 1.21 亿元，移交司法机关 15 人，有效维护了医保基金安全。加快医保智能监控国家示范点建设，利用信息化+智能化+大数据，打造了 DRGs 大数据监管平台、智慧医保大数据智慧分析平台、“5+4”医保智能审核平台、“药品追溯码”监管平台和人脸生物技术识别平台五大监管平台，实现了两定机构、医保医师、医保药师、参保人全覆盖，每个监管对象都有 1 至 3 个平台实施监控，构建了全领域、全流程、全环节、无缝隙的基金安全防控体系。

（四）医保经办服务更加便捷。持续深化“最多跑一次”改革，运用“互联网+”手段，推动医保各项惠民举措落地。积极探索“简化办、就近办、联网办、联合办”等举措，实现医保办事“零证明、零距离、零见面、零跑腿”。32 个服务事项申请材料缩减到 68 项，缩减了 54%，取消证明 4 项，在所有事项实现“掌上办”的基础上新增“亲情代办”模块。金华全域实现基本医保、大病保险、医疗

救助、工会互助、优抚待遇“五医”一站式结算。协同开展新生儿“出生一件事”“公务员一件事”“退休一件事”“逝者”身后一件事”改革，为参保人员提供全生命周期医保便捷服务。推动长三角地区异地就医门诊费用直接结算，全市 261 家定点医疗机构纳入长三角异地就医门诊直接刷卡结算范围，34 个规定病种门诊省内直接刷卡结算，实现报销“零次跑”。

（五）医保服务价格更加合理。以“平稳有序”为主基调，稳步推进药价保联动改革。出台市本级医疗服务价格调整政策，降低 1600 多项药品、中药饮片和医用大型仪器检查价格，涉及金额 6700 万元；合理调整体现医务人员劳务价值、高难度手术项目的医疗服务价格，总体弥补率为 98%，实现了市区医疗服务价格的统一。各县市基本完成了本轮医疗服务价格调整，医疗服务比价关系趋向合理。深化药品和医用耗材采购改革，落实国家和省组织药品耗材集中采购结果，在全省率先开展未过评药品带量采购，通过创新采购机制、约定采购数量、实行价保联动等举措，分两批对 299 个药品向社会公开带量采购，113 个中选药品平均降幅 25.7%，单个药品最高降幅 73.6%，大幅减轻群众用药负担。其中第一批药品带量采购圆满完成，实际降低药品采购费用 1.14 亿元，远远超出预期。

二、“十四五”发展机遇和存在的短板

（一）面临的发展机遇

“十四五”时期是我市在高水平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，也是我市新时代加快构建覆盖全民高质量医疗保障制度体系的重要战略机遇期。由于新冠肺炎疫情影响，社会不确定性不稳定性因素增多，世界经济低迷形势短时间内难以扭转。同时，全球医疗科技领域创新突破加速推进，互联网医疗、远程移动医疗、智慧医疗等新型医疗服务模式呈现蓬勃发展趋势。

从国内来看，我国进入高质量发展阶段后，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，全体人民共同富裕取得实质性进展。党中央已经作出了全面建立中国特色医疗保障制度的决策部署，在着力解决医疗保障发展不平衡不充分问题上提出了具体指导意见，为新时代开启医疗保障事业发展指明了方向。

从省内来看，以数字经济为引领的新经济快速发展为社会注入了新活力，长三角一体化发展国家战略加速转化为发展新动能，全省医疗保障事业发展宏观环境依旧持续向好。但与此同时，受全球经济大衰退和逆全球化影响，我省经济下行压力会进一步加大，财政用于民生保障领域的投入能力受到制约。

从全市来看，构筑新发展格局、长三角都市区一体化、金义都市区一体化战略为医疗保障区域高质量发展提出了新的要求。金华市委、市政府高度重视保障和改善民生，将医疗保障事业摆在经济社会发展更加突出的位置，提出了打造“全民安心医保城市”的目标任务，为下一步医疗保障工作指明了方向。同时，随着

老龄化速度加快对全社会的医疗和照护成本提出更高要求，医保基金筹集能力与空间相较日益增长的医疗需求不匹配，新经济涌现导致的就业形态变化，医疗技术进步导致的医疗费用变化，县域医共体建设带动的医疗卫生资源重新布局等，都对我市医疗保障事业发展提出新的要求。

（二）存在的主要短板

“十三五”时期全市医疗保障事业发展取得重要成就，为“十四五”时期推动医疗保障事业高质量发展打下了坚实基础。但同时应当看到，面对人民群众日益增长的医疗保障需求，我市医疗保障事业发展还存在不少问题和短板。主要表现在以下四个方面。

1.医疗保障政策体系有待进一步健全。金华已于2019年实现了基本医疗保险制度政策统一、管理服务一体，但目前基金还实行县（市）分级管理，未实现统收统支，统筹层次有待进一步巩固和提高。慢性病门诊保障还不够精准，保障范围和标准有待合理调整，全市生育保险、医疗救助等政策尚未完全统一。医疗资源配置不均衡，患者为了享受更好的优质医疗服务，都流向大医院就医，医保差别化支付杠杆的调节作用还不明显。

2.医疗卫生协同改革有待进一步加强。“十三五”以来，我市持续深化医疗卫生体制改革，全域首推“病组点数法”医保支付方式改革，率先开展药品带量采购，稳步推进医疗服务价格改革，有效推动了医疗服务行业变革。但是“三医联动”“六医统筹”还未形成融合创新、协同发展，还未能从根本上改变过度医疗行为，

降低社会整体医疗费用，改革的协同性、整体性有待进一步提高。

3.医保基金监管能力有待进一步提升。队伍建设还需加强，目前我市医保基金行政执法力量薄弱，缺乏专业的执法队伍，现有监管人员综合能力不强，医保改革发展与监管力量不足之间的矛盾突出。智能化大数据监管还不够完善，事前、事中、事后分析功能需进一步提升，数据频繁使用也加大了泄露的风险。另外，部门间的协同监管、行业自律管理等方面还需要进一步完善提高。

4.医保经办服务有待进一步优化。医保经办服务水平与参保群众的办事需求仍有差距，主要表现在医保经办标准化程度不高，“全市通办”水平较低，数据流转应用还不够快，“零次跑”事项还不多，群众对医保政策了解渠道不多。这些问题有待下一步解决。

三、“十四五”医疗保障工作总体要求

（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，按照忠实践行“八八战略”、奋力打造“重要窗口”和“打造增长极、共建都市区、当好答卷人”的工作总要求，突出“数字赋能、拼搏争先”工作导向，围绕“省内当标杆、国内争一流”的目标定位，坚持以人民健康为中心，深入实施健康金华战略，以推动都市区医保高质量一体化为主题，以打造“全民安心医保城市”为主线，着力保障全市人民基本医疗保障需求，着力增强医保服务供给能力，着力创新体制机制，深化重点领域改革，将制度优势转化为治理效能，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，更好发挥医保基金战略性购买作用，努力解除人民群众的疾病医疗后顾之忧。

（二）基本原则

——**坚持公平普惠，精准保障。**以实现人人享有基本医疗保障为目标，遵循公平正义，立足发展阶段，坚持目标导向、问题导向，持续推动基本医疗保险应保尽保，缩小城镇职工和城乡居民医疗保障差异，强化各类政策措施的精准性和导向性，努力建成更加公平、更可持续的医疗保障体系。

——**坚持数字赋能，标准为先。**牢牢抓住实施数字经济“一号工程”的有利机遇，树立整体智治、高效协同的理念，深入推进智慧医保建设，将医保数字化转型优势转化为强大治理效能。以实施医保领域标准化战略为引领，不断完善医保业务标准，以高水平标准化推进医保治理体系现代化。

——**坚持协同高效，稳健持续。**巩固完善医疗保障改革成果，深入研判医疗保障工作存在问题和人民群众医疗保障需求新变化，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。

——**坚持法治引领，制度创新。**将法治融入医保工作各个环节，提高法治能力和水平。推进医保基金监管制度体系改革，完善医保基金监督管理体制机制，建立健全医疗保障信用管理体系。构建条例、制度、政策、标准四位一体的医保法规政策体系，引导医保管理从政策调节向法治治理转变。

（三）总体目标

到 2025 年，以基本医疗保险制度为主体、“选缴保费法”大病保险为延伸、医疗救助为托底，商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的多层次医疗保障制度体系不断健全，医疗保障治理现代化水平走在全国前列，医疗保障能力显著增强，全市参保人全生命周期医疗保障服务更加优化，成功打造全国“四位一体”全民医保先行区、全国医保支付方式改革先行地、全国医保智能监控示范点、全省医保办事最便捷城市、全省三医联动改革系统集成示范区，建成更高质量的“全民安心医保城市”。

——**待遇保障更加公平**。全面做实基本医疗保险市级统筹，实现待遇政策高水平统一，医保制度碎片化问题得到实质性解决，推进建立更加公平更可持续的医疗保障制度体系、增强医疗保障制度公平性、提升基金抗风险能力，全面提升医疗保障整体水平。大病和慢性病保障水平显著提升，根据省统一部署，稳步建立长期护理保险制度。

——**筹资责任更加均衡**。医保参保缴费政策逐步健全，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、责任共担、稳定可持续的筹资机制全面建立。个人参保缴费意识明显提升，医疗救助筹资水平显著提高，贫困群众兜底保障力度逐步加大。

——**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，简化就医结算流程，扩展诊间结算功能。推进服

务下沉，实现医保办理市、县、乡镇、村全覆盖。公立医院满意度全面提升，全市人民医疗保障获得感幸福感安全感全面提升。

——**医保监管更有效率。**医保基金绩效评价覆盖全市，努力提高基金预算编制科学化规范化水平。健全基金监督检查、综合监管等制度，建立健全打击欺诈骗保行刑衔接和行纪衔接工作机制。医保信用体系建设取得显著成效。医保智能监控建设效能不断提升，通过线上线下相结合，形成基金监管闭环机制。

表 1 “十四五”时期医疗保障事业发展主要指标

序号	指标		2020年 实际值	2025年 预期值	属性
1	基本医疗保险户籍人口参保率(%)		99%以上	99%以上	约束性
2	城乡居民基本医保(含大病保险)政策范围内住院费用报销比例(%)	职工	83%	86%	约束性
		城乡居民	70%	75%	
3	大病保险选缴率(%)		80.26%	95%	约束性
4	重点救助对象门诊慢特病和住院费用救助比例(%)		—	70%	约束性
5	医保公共服务事项掌上办(网上办)覆盖率(%)		80%	100%	约束性
6	基本医保基金支出增长率(%)		10%	<8.5%	约束性
7	医保“双随机、一公开”覆盖率(%)		29%	>80%	约束性
8	医保信用监管体系建设	定点医药机构覆盖率(%)	6%	>95%	约束性
		信用主体(类)	2	5	约束性
9	住院费用跨省直接结算率(%)		35%	>50%	预期性
10	医保政务服务满意率(%)		*	95%	预期性
11	商业健康保险赔付支出占卫生总费用比重(%)		3%(2019)	10%左右	预期性

四、主要任务

(一) 完善医疗保障体系，提高精准保障能力

1.完善基本医疗保险制度。完善“分档统筹法”基本医疗保险制度，明确基本医保“保基本”的定位，加强重点人群参保扩面工作，努力实现应保尽保。严格执行国家医疗保障待遇清单管理制度，建立重大待遇政策调整报告制度，确保全市医保基金运行安全和医疗保障制度可持续发展。探索基本医疗保险基金和公共卫生服务资金统筹使用，实现公共卫生服务和医疗服务有效衔接。合理调整不同级别医疗机构医疗费用报销梯度，助力形成“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗就医制度。加快健全慢性病门诊保障机制，合理调整保障范围和标准，稳步提高特慢病患者的保障水平，实现精准保障。根据全省统一部署，积极落实职工基本医疗保险个人账户改革配套举措，提高基金使用绩效。

2.促进多层次医疗保障制度衔接。织密医疗保障网，促进基本医疗保障与补充性医疗保障协调发展。强化基本医保、大病保险、医疗救助、商业健康保险及公益慈善等制度协同。健全“选缴保费法”大病保险制度，完善筹资机制，合理确定大病保险支出项目和标准，探索大病目录动态调整机制，将部分重特大疾病治疗必须的诊疗项目纳入支付范围，进一步减轻大病患者的医疗负担。鼓励商业健康保险发展，丰富健康保险产品供给，提升商业保险作为社会保险的补充保障能力，推进区域化健康保险产品定制和服务创新。根据省统一部署，稳步推进职工个人历年账户为其省内基本医疗保险参保的家庭成员（配偶、子女、父母）购买商业

补充医疗保险。整合政策性扶贫商业补充保险，完善商业健康保险个人所得税政策。建立医保基金社会捐赠制度，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。规范和完善公务员医疗补助及企业补充医疗保险。

3.稳妥启动长期护理保险。积极应对人口老龄化挑战，全面总结义乌市等试点经验的基础上，根据国家和省统一部署，以标准化为载体，稳步建立全市统一的长期护理保险制度，规范筹资机制、保障待遇、护理服务等制度框架，使长期护理保险向高效、可持续发展。综合考虑经济发展需求、筹资和保障需要，坚持责任共担，合理化筹资，探索建立多渠道的筹资机制。鼓励商业保险积极参与到养老保险和长期护理保险当中，来推动建立健全满足群众多元需求的、多层次的长期护理保险制度体系，为长期失能人员提供基本生活照料和与之密切相关的医疗护理服务保障和资金保障。

4.完善重大疫情费用保障机制。健全重大疫情医疗救治医保支付政策，确保重大疫情等紧急情况下医疗费用医保及时、足额支付，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。根据国家和省有关要求，执行特殊群体、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。落实突发公共卫生事件下基本医疗保险目录、医疗服务价格应急调整机制、医疗保障服务应急供给机制等。明晰医疗保障基金和公共卫生服务

资金各自使用功能，提升资金在面对紧急情况下的使用和分配效率。

专栏1 打造“全民安心医保城市”品牌

以推动都市区高质量医保一体化为目标，深化重点领域改革，全力打造全国“四位一体”全民医保先行区、全国医保支付方式改革先行地、全国医保智能监控示范点、全省医保办事最便捷城市、全省三医联动系统集成示范区五块“金”字招牌，力争全域实施长期护理保险制度，构建覆盖全民、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，让老百姓“无病安心、有病宽心”，为争创社会主义现代化先行市、建设共同富裕示范区贡献力量。

（二）完善筹资运行机制，提高基金使用绩效

1.推动医保高质量一体化。按照大市范围内制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的标准，开展全面做实基本医保市级统筹大调研，2022年1月起实现基本医疗保险基金统收统支，基本医疗保险区域共济能力大幅提升，促进医疗保障区域公平。建立公平统一的政策体系，进一步缩小城乡差距，促进公平医保建设，建立科学高效的治理体系，合理划分市、县两级管理职责，均衡各方利益，建立市与县（市）基金风险责任分担机制及与管理绩效相挂钩的激励约束机制，按照“收支两条线”管理办法，统一基金征缴和拨付流程，实现基金管理的精准高效。

2.均衡各方筹资缴费责任。落实医保筹资主体责任，优化筹资结构，提高医保基金互助共济能力。综合考虑医疗保障待遇、

经济发展和人口结构等因素，确定筹资标准，坚持权利与义务相统一的原则，强化个人缴费责任，形成财政、用人单位、个人医疗保障筹资合理分摊机制，优化个人缴费和政府补助结构。统一全市职工医保基准费率，建立动态调整机制。完善城乡居民基本医疗保险个人缴费与经济社会发展水平、可支配收入挂钩机制。建立适应老龄社会的医疗保障多渠道筹资政策，明晰基本医疗保障财政责任，稳定财政投入。根据省统一部署，稳步提高医疗救助筹资水平。统筹使用城乡医疗救助资金资助困难人员参加基本医保和大病保险，进一步提高救助资金使用效益。

3.提高医保基金运行绩效。

（1）提升医保基金预算编制和执行水平。全市统一编制职工医保基金、城乡居民医保基金收支预算，完善基金预算编制多部门联合审核机制。根据我市经济社会发展水平、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，提高基金预算编制科学化规范化水平。加强预算执行监督，建立基金预算绩效管理全过程机制，落实预算编制目标，监督预算执行过程。

（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，逐步建立起可考核、易评价的医保基金绩效管理体系，将绩效评价结果合理运用到完善医保支付方式改革、药品和耗材集中带量采购、经办能力建设等具体工作中，发挥好激励约束作用，使医保基金用出成绩、管

出效益。加强区域医疗服务能力评估，全面建立医保基金总额预算与定点医药机构绩效考核结果挂钩机制。

(3) 建立基金收支平衡机制。树立医保基金中长期收支平衡观念，科学编制医保基金收支计划。积极引入第三方专业力量，开展医保基金中长期精算评估。健全医保基金运行风险评估、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价。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。

专栏2 打造全国“四位一体”全民医保先行区

巩固完善以基本医疗保险为主体，“选缴保费”大病保险为延伸，医疗救助为托底，商业健康保险、职工互助医疗和医疗慈善服务等为补充的“四位一体”全民医保体系，持续提升参保群众幸福感和满意度。

1.完善“分档统筹法”全民医保制度。完善职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险制度，扩大参保覆盖面，努力实现应保尽保。坚持权利与义务相统一的原则，强化个人缴费责任，形成财政、用人单位、个人医疗保障筹资合理分摊机制。继续做好“一站式”刷卡服务，确保医保待遇落实到位。

2.完善“选缴保费法”大病保险制度。夯实大病保险征缴主体责任，扩大大病选缴保费覆盖面，确保大病保险选缴率稳定在90%，力争“十四五”末达到95%。合理调整大病保险个人缴费和起付线标准，完善大病保险起付线和缴费标准动态调整新机制，强化大病保障力度，让参保群众“无病安心、有病宽心”。

3.健全医疗救助精准识别工作机制。统一规范全市医疗救助政策，科学确定对象范围、费用范围、救助标准，实施分类分档救助，巩固脱贫攻坚成果。完善医保结算信息系统大额医疗费用预警提示，主动发现医疗支出过大的人员。建立健全医疗救助对象资助参保工作机制，全面落实符合条件的困难群众资助参保工作。建立健全医疗救助分段救助工作机制。建立健全医疗救助补助资金的监督和管理工作机制。按照年度收支平衡原则，合理安排医疗救助资金，医疗救助累计结余资金不超过当年筹集资金总额

的 15%。

4.全面发展其他补充医疗保险。鼓励发展商业健康保险，引导商业健康保险公司建立面向所有基本医疗保险参保人员，不设置健康状况、既往病史等前置条件，保费与个人疾病风险脱钩的商业健康保险，对参保人员提供补充性医疗保障。支持职工医疗互助有序发展，鼓励社会慈善捐赠，统筹调动慈善医疗救助力量。

全面做实基本医保市级统筹，2021 年底前出台政策，2022 年 1 月起实现基本医疗保险基金统收统支。2022 年建立基金责任分担机制，均衡医保筹资缴费责任，统一全市基准费率，建立适应老龄化社会的医保多渠道筹资机制。建立基本医疗保险市级统筹工作激励约束机制，出台压实县（市、区）政府责任的考核奖惩办法。

（三）深化医保支付方式改革，提高精细化管理水平

1.推行多元复合支付方式改革。

（1）全面实施门诊“APG 点数法”付费改革。完善门诊付费制度，进一步完善总额预算管理、点数管理、费用结算、绩效评价等办法，健全 APGs 分组及点数的动态调整机制、医保基金激励约束机制，激发医疗机构主动参与改革的内生动力。完善全市门诊付费配套改革，在全面做实基金统收统支的基础上，统一规范全市医疗服务、药品等医保支付标准。持续完善我市门诊 APGs 分组方案，按照“制定一组标准、完善一系列政策、建立一套规程”的目标任务，不断完善和优化符合我市实际的门诊 APGs 分组方案。开展门诊付费改革成效评估，全面总结省级试点经验，提炼先进做法，为全省门诊付费改革提供金华经验。

（2）深化住院“病组点数法”付费改革。加强医保政策研究，充分发挥高等院校在金医保实验室的平台优势，组织开展 DRG 付费改革研究，不断完善 DRGs 分组，提高我市医保管理者与核

心业务负责人的能力水平，同时继续抓好国家医保信息编码落地应用工作，把金华打造成为全国医保支付方式改革的先行地、标杆市。

(3) 探索特定领域、特定人群医保付费改革。强化问题导向，开展康复、精神病等长期住院医疗服务按床日付费，建立符合金华实际急性期及急性后期康复的服务分类、准入评估、支付标准、监督管理等完整的付费办法。支持中医药传承创新发展，将适宜的中医医疗服务项目纳入医保支付范围。

2.探索典型病种收费方式改革。按照国家公布的相关病种临床路径技术规范，选择诊断明确、技术成熟、并发症少、疗效确切的典型病种，将药品耗材带量集中采购降低采购价格运用到典型病种的费用测算，明确典型病种收费政策，推进典型病种收费方式创新。

3.创新医保协议管理。在国家和省医保协议管理的大框架下，在市级统筹区层面，做深做实市级统筹，因地制宜，出台并统一医药机构的医保定点准入标准。简化优化定点申请、压缩准入办理时限。建立健全定点医药机构行为规范、服务质量和费用控制等多维评价机制。优化定点医药机构区域布局，完善定点医药机构准入和退出机制。制定定点医药机构履行协议考核办法（日常考核+年终考核），突出行为规范、服务质量和费用控制考核评价，完善定点医药机构退出机制。

1. 高质量完成 DRG 付费国家试点任务。对标“421”工作目标，巩固完善支付政策体系、按国家标准做好系统升级、开展基于 DRG 大数据分析应用、做好国家 DRG 医保信息采集和培训评估工作四项工作任务，建设完善 DRG 付费及 DRG 监管两个应用系统，培养一支医保人才队伍，发挥好医保支付的牵引作用，把我市打造成按疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点的标杆，为全国实施 DRG 付费提供可借鉴、可复制、可推广的经验。

2. 高效率推进全市统筹门诊付费政策。全域实施门诊“APG 点数法”付费改革，持续完善门诊 APGs 分组方案，按照同病同效同价的原则，完善差异系数、中医药支付政策、新技术应用，激发医疗机构的内生动力，满足群众多层次健康需求。不断总结提高医保基金使用效率的经验，力争纳入全国试点，创造中国的整合型医疗服务凯撒模式，为全省、全国推广提供金华方案。

3. 高标准出台康复病人按床日付费办法。联合北京协和医学院等第三方团队开展老年慢性病患者、长期康复患者的以（疾病）急性后期为主的医疗服务专题调研，全面摸清金华市急性后期康复医疗服务的需求和供给现状，2021 年出台符合金华实际急性期及急性后期康复的服务分类、准入评估、支付标准、监督管理等完整的付费办法。

（四）健全基金监管长效机制，提高医保治理效能

1. 完善基金监管机制。建立医保基金监管制度体系，完善监督检查制度。健全基金执法机制，加强人员力量，强化技术手段，切实保障医保基金安全。提升医保基金监督检查能力，严格落实行政执法公示、执法全过程记录和重大行政执法决定法制审核相关办法。完善部门间相互配合、协同监管的综合监管制度，形成医保、卫生健康、市场监管、公安、法院、检察院六部门联动机制，形成监管合力。实现网格化管理。推进信息共享和互联互通，健全协同执法工作机制。建立健全打击欺诈骗保行刑衔接和行纪衔接工作机制。

2.创新基金监管方式。以建设医保智能监控国家示范点为抓手,完善五大智能监控平台,建设市县两级联动指挥中心,形成“互联互通、信息共享、相互印证、智能一体”的医保智能监控体系,力争形成可借鉴、可复制、可推广的金华模式。推行“双随机、一公开”机制,建立和完善日常巡查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查等相结合的多形式检查制度。推进“浙政钉”掌上执法,实施非现场动态智能监管。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。健全医保领域质量、技术、安全、服务评估机制和专家支持体系。建立基金监管专家库、参与医保基金监管、医保医师培训等。健全医疗保障社会监督激励机制,完善违法违规使用医保基金举报奖励制度,建立医保基金社会监督员制度,实现政府监管和社会监督、舆论监督良性互动。

3.加强信用管理建设。规范医疗保障信用管理工作,建立医保信用记录、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,将信用评价结果与预算管理、检查稽核、定点协议管理等相关联。开展医药企业医药价格和招采信用评价,建立失信行为信息库。建立医药企业价格和营销行为信用评价、分级处置等制度,将信用评价结果运用于药品和医用耗材集中采购工作。加强医疗保障领域守信联合激励对象、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。依法开展医药机构信息强制披露,向社会公开医药费用、费用结

构、服务价格等信息。加强对医药从业人员的监管。积极培育医保行业组织，指导建立医保医师、零售药店、民营医院、医保从业人员等行业协会，引导行业自我管理、自我约束、自我规范，形成自律约定，规范行业运营。

专栏4 打造全国医保智能监控示范点

1. 完成智能监控试点任务。完成智能监控“医保通123”建设计划，即建立一个智能监控平台，建设市县两级联动指挥中心，实现医疗机构监管、药品追溯码监管、两定机构人脸识别监管三个100%，推动医保智能监管走在全国前列，成为全国展示医保智能监控成果的“重要窗口”。

2. 深化大数据监管的运用。充分运用信息化、智能化、大数据等手段，立足现有基础，推动大数据监管提档升级。建成DRGs大数据监管系统，通过病案校验功能、反欺诈管理功能和大数据监控管理功能，实现对DRGs支付体系全流程的智能监管，扩展视频监控、生物特征识别、人工智能、大数据分析等新技术应用。建立城市大脑医保驾驶舱，通过大数据运用提升医保治理能力。

3. 营造公平医疗服务环境。坚持目标导向和问题导向，规范医疗行为“模糊地带”、清理历史遗留问题、开展典型问题专项行动、建立定点医疗机构内审制度等，用制度固化创新成果，打造公平、公正、清朗的医疗服务环境。

（五）推进医药服务供给侧改革，提高系统集成能力

1. 探索药品耗材集中采购新机制。结合省级统筹、省市联动、市级联合的药械采购新模式，完善采购管理机制。在前期药品耗材带量采购机制的基础上，继续探索按药品使用类别、按药品采购金额、按药品疗效相近分组等形式，优化药品耗材带量采购机制，提升采购中选率、增加降价幅度。完善中选企业、医药机构的供货、采购等事项的事中事后监管。探索对部分采购量大、分类明确、临床使用成熟、不可替代性高、竞品间质量差异不大的

医用耗材进行集中带量采购，在保证质量的前提下，最大限度降低医用耗材价格。完善医保支付标准与集中采购价格协同机制。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，做好保供稳价工作。

2.完善医疗服务价格形成机制。建立以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制，强化药品、医用耗材和医疗服务项目价格常态化监测。坚持以人民为中心，以公立医院公益性质为主线，在“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则下，根据“小步走、不停顿”的要求，逐步理顺医疗服务比价关系。探索建立具有反映市场供求的中药饮片价格指数动态管理机制，通过指数与价格联动来及时调整价格，指导和规范全市医药机构中药饮片价格。推进全市医疗服务综合改革，通过逐步统一县（市）医疗服务项目价格，推动全市医疗服务价格的统一，实现金华全域看病就医的同质同价。

3.形成医药服务供给良好秩序。促进医疗服务能力提升，落实规范医疗机构和医务人员规范诊疗行为的机制，推行处方点评制度。落实医疗服务能力评估和医院绩效评价制度，有效推动医疗机构内部分配机制与医疗技术服务收入、绩效考核结果挂钩，与药品、医用耗材和检查检验收入脱钩。合理规划各类医疗资源布局，扎实推进城市医联体、县域医共体建设。加快发展社会办医，落实“互联网+医疗”等新型服务模式。增加优质医疗服务供给，对开展疑难杂症和急危重症救治、引进新技术和新项目的给予医

保政策倾斜。补齐护理、儿科、老年科、精神科等紧缺医疗服务短板。

专栏5 打造全省三医联动改革系统集成示范区

1. 全面推进药品耗材带量采购。进一步优化采购流程、明确采购主体。邀请省内其他地市参与的药品耗材带量采购新模式，激发药企降价的积极性，提高集采的中选率和降价幅度。探索开展耗材带量集中采购工作，针对临床使用量大、采购金额较高、临床使用较成熟、多家企业生产的高值医用耗材，按类别有选择性开展集中采购工作。加强带量采购药品和医用耗材的事中事后监管，完善监管机制。

2. 完善医疗服务价格形成机制

(1)探索按病种、按床日等多元复合式收费和医保支付协同的管理机制。选择诊断明确、技术成熟、并发症少、疗效确切的病种，按患者住院期间所发生的诊断与治疗等全部费用合理制定病种收费。明确按疾病分类管理，细化固定成本项目和变动成本项目的成本测算方法，合理制定按疾病分类的床日收费标准，并与医保支付政策衔接。

(2)规范医疗机构自主定价项目价格行为。探索通过成本调查、价格监测、向社会公布定价成本等方式引导医疗机构合理定价；通过约谈、告诫等措施，规范医疗机构定价行为。

(3)选择比价关系不合理、价格偏低的项目全市同步进行调整。根据药品耗材带量采购腾出空间精准调整医疗服务，通过小步快走的方式，最终实现全市医疗服务价格统一。

3. 完善药品价格形成机制

(1)探索中药饮片价格形成机制改革。紧紧围绕深化中医药卫生体制改革目标，积极探索多方参与的中药饮片价格形成和动态调整机制，通过中药饮片综合指数的变动，公布中药饮片价格信息，明确医保支付标准，提高中药饮片价格信息透明度，营造公开、公平的中药饮片销售市场环境。

(2)探索医院制剂价格管理机制。按照医院制剂原材料成本、辅料及包

装材料成本、定额生产费用等因素进行成本审核，合理确定医院制剂价格并与医保支付政策衔接，并按成本变化等情况定期调整。

（六）优化医疗保障公共服务，提高医保经办质量

1.加强数字医保基础建设。以推进医保智能监控国家示范点为契机，优化 DRGs 大数据基金监管系统，推进全市医保智能视频监控平台建设，加快建设金华市智慧医保大数据智能分析系统，打造金华“医保大脑”。省市联动打造医保行业专属云，搭建稳定可靠、安全高效的医保专网，建设完成互认、兼容、共享、集约、高效的医疗保障信息管理服务平台，实现医疗保障全省数据大集中、业务大贯通，全面提升医保数字化治理水平。以参保人为中心，搭建医保互联网服务中台，形成全渠道、全业务、智能化的医保数字服务供给体系。依法保护参保人员基本信息和数据安全，加强参保人员个人数据保护，防止泄露个人隐私。

2.持续推进医保便民服务。深化医保服务事项“简化办”，整合经办环节，精简办理流程，压缩办理时间，全面形成全科服务、通办服务、网上服务、购买服务、上门服务体系。深化医保服务事项“掌上办”，进一步优化“浙里办”医疗保障专区，升级网上自助功能，加快推进医保移动支付应用，实现参保人员全流程的就医服务。深化医保服务“联合办”，加强部门联动协作和数据共享，整合业务经办流程，深化企业和个人全生命周期“一件事”联办，实现“一件事”只跑一个窗口，最多只跑一次。深化医保服务“就近办”，延伸医保服务窗口，打造 15 分钟服务圈。同时，探索医院

诊间、自助机以及定点药店的“扫码付”，配合做好“医后付”“医信付”以及试点医院“刷脸付”。建立以参保、就诊、购药、异地就医等支付结算信息为纽带的数字化医保档案云，汇聚整合形成参保人全生命周期，省内外全域参保、就诊信息的个人“医保云档案”，实现个人医疗保障信息全周期、全方位动态管理。

3.深化医保经办服务改革。构建全市统一的医疗保障经办管理标准化体系，完善业务经办、医保事项、稽核体系标准，全面推进“网上申请、线下寄送”“首地办结制”，推动全市通办从“能办”向“好办”转变，探索部分医保服务事项实现全省通办、全国通办。建立完善医保经办互联网服务大厅，实现全时域全领域信息化、电子化服务。健全部门间信息共享实时交互机制，实现服务对象精准识别、精细服务。推进服务下沉，构建市、县、乡镇（街道）、村（社区）四级服务网格体系，实现经办服务规范一致化、事项办理标准一致化、经办信息系统一致化。推进医疗保障经办机构法人治理。构建参保人“挂号-诊疗-支付”完整闭环，打造参保群众网上购药新模式，满足参保群众“不见面”就医需求，推动医保管理和服务走向更高水平。

专栏6 打造全省医保办事最便捷城市

1.推进医保经办标准化建设。不断完善医保经办服务标准化体系建设，在医保经办“五统一”的基础上，高质量实现医保事项“全市通办”，探索部分事项实现“全省通办”“全国通办”，全市医保经办服务事项做到事项名称统一、经办流程该简尽简、申办材料该减尽减、内控环节能控则控、办理时限能压尽压，不断提升群众办事获得感、幸福感。

2. 推进医保窗口服务体系建设。强化经办能力建设，推进服务下沉，构建起经办服务大厅在县、经办窗口到乡镇（街道）、经办服务到村的县以下医保经办服务线下窗口服务体系，实现经办服务规范、办理标准、信息系统“三统一”，推动市、县、乡镇、村（社区）四级经办窗口队伍建设，实现市、县、乡镇（街道）、村（社区）经办服务全覆盖。

3. 推进“互联网+医保”线上服务大厅建设。以“互联网+”为抓手，提升服务效率，实现依申请政务服务事项100%“网上办”“掌上办”，办件率持续提升。依托医保电子凭证、电子病历、电子票据建立完善医保经办互联网大厅，实现全时域全领域信息化、电子化服务。

4. 推动全国跨省门诊异地联网结算。在长三角医保一体化的基础上，实现跨省域门诊费用直接刷卡结算，将更多的医疗机构纳入结算范围，简化备案流程，提高群众跨区域看病就医获得感。推动“互联网+医保”异地在线结算，不断提升异地结算服务深度、改善患者就医体验。

5. 全面推广医保电子凭证应用。全面推广医保电子凭证应用，力争医保电子凭证激活率达到80%。积极拓宽应用渠道和途径，尤其是推广在自助机、诊间、护士站等就医场景的应用，让参保人员更为方便、快捷地使用医保电子凭证。同时为全流程医保就医、药店购药扫码支付、互联网医院就医支付、医保掌上服务、医保扫码经办、省内异地就医等线上线下应用场景提供支持。

6. 全面推广“网订店送”购药新模式。加强与市场监管部门合作，积极与阿里健康、支付宝等平台对接，升级原省定慢病三保服务平台，实现“网订店送”医保结算。参保人员通过支付宝、饿了么和淘宝等渠道，在线购药，医保支付，由药店进行药品配送上门，实现参保人员足不出户即可享受医保购药服务，提高参保人员的购药体验。

五、保障措施

医疗保障是实现群众“病有所医”的关键性制度安排。“十四五”时期，医疗保障事业改革发展任务艰巨，必须要充分调动一切

积极因素，广泛动员各方力量，创造规划实施的必要条件和良好环境，努力确保规划目标任务如期完成。

（一）坚持党的全面领导。坚持党在医疗保障事业发展中的领导核心作用，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医疗保障部门党的建设和党内生活各方面，健全医疗保障系统责任落实机制。各级党委和政府要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，加强对规划实施情况的跟踪分析和监督检查，构建市县一体、部门协作、政银企社联动的协同高效运转机制。

（二）落实规划保障举措。要切实加强对规划实施的领导和保障工作，制定各项目标任务分解落实方案、重大项目实施方案和年度实施计划，确保规划稳步实施。加强医疗保障队伍建设，提高医疗保障业务人员工作能力和管理水平。加大对医疗保障事业投入力度，健全医疗保障资金分配使用管理和项目建设规范，加强资金监管和绩效评价。建立完善规范实施目标责任考核机制，把规划重点指标特别是约束性指标完成情况纳入政府部门目标责任制考核。

（三）推进部门协同联动。建立医疗保障领域部门协作联动机制，深化“三医联动”“六医统筹”。加强与公安、民政、人力社保、卫生健康、审计、市场监管、税务等部门的沟通协调，破除部门“信息孤岛”，加强信息互通共享。促成经办服务部门合作，实现覆盖参保人员全生命周期的医保便捷服务。完善监督管理协

作联动工作机制，形成打击欺诈骗保行为的部门合力，有效提升医疗保障基金安全保障水平。

（四）加强规划监测评估。规划确定的指标和任务，是对广大人民群众的郑重承诺。要积极开展规划实施情况监测评价，科学设置年度计划监测指标，加强年度计划监测分析，接受人大、政协和人民群众监督。鼓励多方参与，引入第三方评估，确保规划部署落到实处。

（五）营造良好舆论氛围。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。重要改革事项广泛听取意见，落实重大改革社会稳定性评估。充分调动各方支持配合改革的积极性和主动性，凝聚社会共识。加强对两定机构和广大参保人员有关医保法律法规政策宣传，创新宣传形势，树立参保人的健康管理意识，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。

抄送：省医疗保障局，市府办，各县（市、区）发改局、医疗保障局。

金华市发展和改革委员会办公室

2021年6月8日印发
