宿州市“十四五”医疗保障事业发展规划

政策解读

《宿州市“十四五”医疗保障事业发展规划》（以下简称《规划》）是市级一般专项规划，由宿州市医疗保障局负责编制，经2022年1月24日市政府第2次常务会议审议通过，于2022年3月14日印发实施，现对《规划》有关内容解读如下：

一、起草背景和依据

习近平总书记指出，要加快建立覆盖全民、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。为深入贯彻党中央关于全面建立中国特色医疗保障制度精神，落实党中央、国务院和省委、省政府关于深化医疗保障制度改革的意见，推动我市医疗保障事业高质量发展，依据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》、《国家“十四五”全民医疗保障规划》以及《安徽省省委省政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》《安徽省“十四五”全民医疗保障发展规划》 《宿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》编制《宿州市“十四五”医疗保障事业发展规划》。

1. 制定意义和总体考虑

本规划是我市医疗保障领域独立编制的第一个五年规划，是“十四五”时期指导全市医疗保障事业发展的行动指南和重要依据。综合考虑宿州市经济社会发展趋势和医疗保障发展条件，坚持以人民为中心的发展思想，以高质量发展为主题，以奋力解除全体人民的疾病医疗后顾之忧为目标。

三、研判和起草过程

《规划》起草过程中，征求了社会公众、市直相关部门和各县区医保局意见，进行了专家论证、重大决策社会稳定风险评估和合法性审查，并已修改完善。

2020年 6月22日，经局党组研究决定，明确编制《宿州市“十四五”医疗保障事业发展规划》；

2020年7月23日，经市政府同意纳入规划编制目录清单（一般专项规划）；

2020年8月-10月，认真学习习近平总书记考察安徽重要讲话指示精神，深入学习研究国家、省及市有关文件；

2020年11月-2021年8月，公开征求社会群众意见，多次收

集相关政策、文件、总结、数据等资料，形成规划初稿；

2021年9月-2022年1月，向各县区医保局、市人社局、市卫健委、市发改委、市财政局等20家市直有关单位征求《规划（初稿）》意见，召开座谈会、专家论证会和稳评工作评审会；

2022年1月19日，通过市司法局合法性审查；

2022年1月24日，经市政府第2次常务会议审议通过。

 四、主要任务

重点任务是规划的主要部分，围绕健全多层次医疗保障制度体系、优化医疗保障协同治理体系、健全医疗保障服务支撑体系对医疗保障发展提出思路举措。一是提高基本医疗保险参保质量、完善基本医保待遇保障机制相关制度、加强医保基金管理、积极发展商业健康保险、探索开展长期护理保险五方面健全多层次医疗保障制度体系，其中基本医疗保险参保质量包括合理设定参保扩面目标、依法依规实行分类参保、持续优化参保缴费服务三个方面，完善基本医保待遇保障机制相关制度包括实行公平适度待遇保障、完善补充医疗保险、执行医保待遇清单制度、健全可持续的筹资机制、基本医疗保险门诊慢特病病种和认定标准、健全重大疫情医疗救治费用保障机制、巩固拓展医保脱贫攻坚成果同乡村振兴战略有效衔接七个方面。二是全面实行多元复合式医保支付、加强医保目录和两定机构协议管理、完善医保基金监管体制、完善医保基金监管体制、创新医保基金监管方式、推进完善医药价格形成机制六个方面优化医疗保障协同治理体系。三是优化医保公共服务效能、推动长三角区域、淮海经济区医疗保障合作、强化法治保障、推进医保信息化建设和智慧医保发展、加强保障队伍及能力建设七个方面健全医疗保障服务支撑体系。

五、创新举措

一是规划始终聚焦不断提升人民群众在医保领域的获得感。《规划》坚持以人民为中心的发展思想，以高质量发展为主题，以奋力解除全体人民的疾病医疗后顾之忧为目标，到2025年，努力建设公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医保，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，医疗保障政策规范化、管理精细化、服务便捷化、改革协同化程度明显提升。

二是细节举措彰显医保的宿州路径。全面实行多元复合式医保支付，推进以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革，做好区域点数法总额预算和按病种分值(DIP) 付费国家级试点工作。推动长三角区域、淮海经济区医疗保障合作，探索开展长三角地区和淮海经济区门诊慢特病跨省异地就医直接结算，加快基本医保一体化发展。拓展长三角地区和淮海经济区的异地就医门诊直接结算联网工作，实现双向直接结算，进一步扩大异地门诊直接结算范围和效果。建立信息共享平台，实现医保转续结报。推进流动就业人员基本医疗保障关系转移接续和异地就医结算服务。

三是指标数据描绘医保数据蓝图。《规划》中提出了“十四五”时期我市医疗保障事业发展规划主要指标，到2025年，基本医保参保率稳定在95%以上，基本医疗保险（含生育保险）基金的收支规模与经济发展水平、群众疾病健康需求相适应，职工医保、城乡居民医保政策范围内住院费用基金支付比例稳定在80%、70%左右，个人卫生支出占卫生总费用的比例达到27%，医疗保障政务服务事项线上可办率和医疗保障政务服务事项窗口可办率分别不低于90%、100%，异地就医住院费用直接结算率不低于70%。

六、保障措施

一是加强党的全面领导。不断提高贯彻新发展理念，构建新发展格局能力和水平，加快把党的政治优势、制度优势转化为发展优势，把党的领导贯彻到医疗保障制度改革发展全过程，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。

二是加强部门协同配合。加强“三医联动”，建立部门协同机制，加强医保、医疗、医药制度政策之间的统筹协调和综合配套。市医疗保障主管部门负责统筹推进医疗保障制度改革，会同有关部门研究解决改革中的重大问题，指导全市各地做好医疗保障工作。其他相关部门要依法履职，明确任务，完善政策措施，协同推进改革。

三是加强舆论氛围营造。各部门要积极主动做好医疗保障政策解读和宣传，加强医疗保障制度改革的宣传推广、科学引导和典型报道，及时回应社会关切，有效合理引导预期，注重倾听群众呼声，做好舆情精准研判。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。

四是加强规划监测评估。积极开展规划实施情况监测评价，接受人大、政协和人民群众等各方面的全面监督。鼓励多方参与，积极引入第三方评估，确保规划部署落到实处、改革成果人民共享。