

# 笃志走在前 乘胜开新局

让政府放心 让群众满意 让社会更和谐

聊城市医疗保障局

2022年7月

## 聊城市医疗保障局



习近平总书记强调：“全民医保是中国特色基本医疗卫生制度的基础，要全面建立中国特色医疗保障制度”。“医保基金是人民群众的‘看病钱、救命钱’，一定要管好用好。”

新目标

新任务

新挑战

# 目录

1 基本运行

2 发展现状

3 难题之解

4 发展方向

5 队伍建设



1

# 基本运行

A Newton's cradle with five spheres is positioned in the upper left quadrant of the slide. The background is a light blue gradient with faint molecular structures and chemical symbols like 'CN' and 'H' scattered throughout. The bottom of the slide features a solid blue curved border.

1

医保概念

2

医保体系

3

运行机制

4

总体情况

## （一）医保概念



医疗保障是依据国家法律法规和有关政策部署设立的，保障公民多层次医疗需求的医疗保障体系的统称。

党的十八大以来，我国加强全民医疗保障制度顶层设计，一张覆盖全民的多层次医疗保障制度网络基本形成，具有“124”的特点。

## (一) 医保概念

1

“1”指的是一个总体要求，即覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续。

2

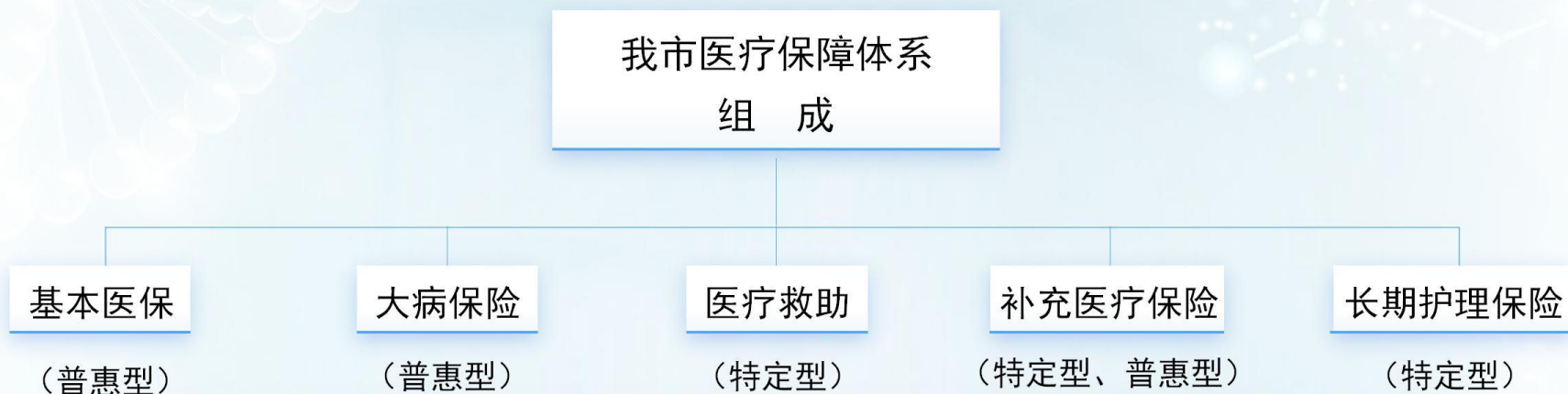
“2”指的是兼顾两项基本原则，一是公平，二是效率。

4

“4”指的是坚持“全覆盖、保基本、多层次、可持续”的四项基本方针。



## （二）医保体系



这五个方面搭起了我市医疗保障的四梁八柱，层层托起参保群众的就医需求，为参保群众提供有效保障。

## （三）运行机制

### 六大运行机制

公平适度的待遇  
保障机制

1

2

稳健可持续的筹资  
运行机制

管用合理的医保  
支付机制

3

4

严密有力的基金  
监管机制

协同高效的医药服务  
供给机制

5

6

方便快捷的公共管理  
服务机制

## (三) 运行机制

### 四大管理体系

多层次医疗  
保障体系

医药服务  
管理体系



医保基金  
监管体系

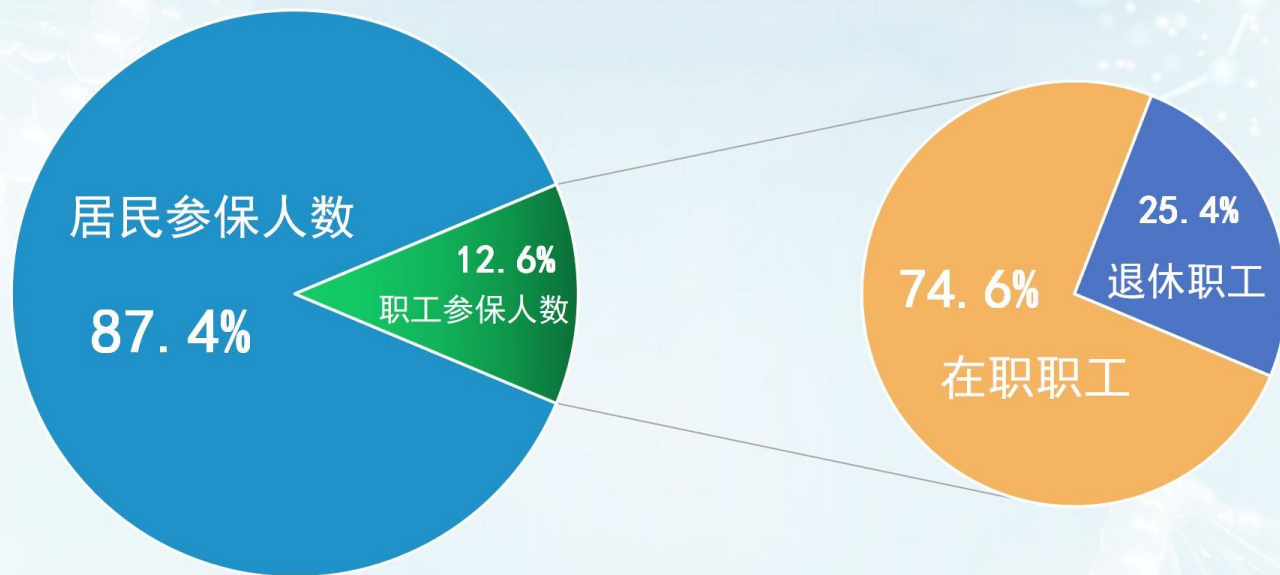
医保经办  
服务体系

## （四）总体情况 1. 参保人数



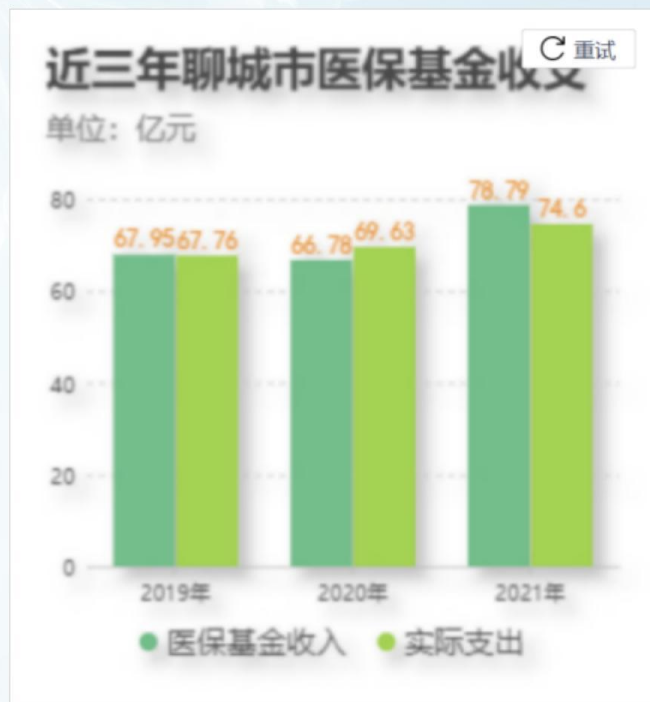
2021年底，全市常住人口595万人，医保参保人数579.73万，参保率97%。

## （四）总体情况 1. 参保人数



职工参保人数73.14万，占总参保人数的12.6%。其中，在职职工54.54万，退休职工18.6万，分别占职工参保人数的74.6%和25.4%，在职退休比2.93:1。居民参保人数506.59万，占总参保人数的87.4%。

## （四）总体情况 2. 基金收支



2019年医保基金收入67.95亿元，实际支出67.76亿元，当期结余0.19亿元；2020年收入66.78亿元（受疫情影响当年度减少收入2.9亿元），实际支出69.63亿元，当期结余-2.85亿元。2021年基金收入78.79亿元，实际支出74.6亿元，当期结余4.19亿元。

## (四) 总体情况 3. 就医情况

2021年  
全市就诊  
量**1180万**  
人次

● 普通门诊**911.05**万人次

● 住院**96.17**万人次

● 门诊慢性病就诊  
**172.78**万人次



医保就医日结算  
**2.78**万人次

日结算医疗费用  
**0.3**亿元  
其中医保基金  
**0.2**亿元

在职职工住  
院率**12.83%**

居民住院率  
**15.92%**

次均住院  
费用  
**9700**元

次均住院  
费用  
**8300**元

退休人员住  
院率**45.81%**

## (四) 总体情况 4. 管理情况

参保单位40万家

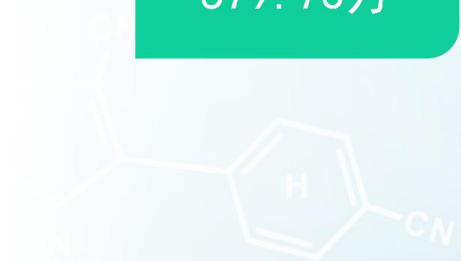
参保人数  
579.73万

定点医药机构2079家

医院284家

门诊351家

药店1444家







2

发展现状



1

上级要求

2

聊城做法

3

需要说明的几个问题

# (一) 上级要求

## 《关于深化医疗保障制度改革的意见》

2020年3月5日，中共中央、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号），作为医保改革的纲领性文件，首次明确提出了清晰的改革与发展理念、目标与行动路径。

中华人民共和国中央人民政府  
www.gov.cn

国务院 总理 新闻 政策 互动 服务 数据 国情 国家政务服务平台

首页 > 政策 > 中央有关文件

### 中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见

2020-03-05 19:08 来源：新华社

【字体：大 中 小】 打印 分享

新华社北京3月5日电

中共中央 国务院  
关于深化医疗保障制度改革的意见  
(2020年2月25日)

医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。党中央、国务院高度重视人民健康，建立了覆盖全民的基本医疗保障制度。党的十八大以来，全民医疗保障制度改革持续推进，在破解看病难、看病贵问题上取得了突破性进展。为深入贯彻党的十九大关于全面建立中国特色医疗保障制度的决策部署，着力解决医疗保障发展不平衡不充分的问题，现就深化医疗保障制度改革提出如下意见。

## （一）上级要求

总体要求：“坚持以人民健康为中心，加快建成覆盖全民、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。通过统一制度、完善政策、健全机制、提升服务、增强医疗保障的公平性、协调性，发挥医保基金战略性购买作用，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，促进健康中国战略实施，使人民群众有更多的获得感、幸福感、安全感”。

## （二）聊城做法

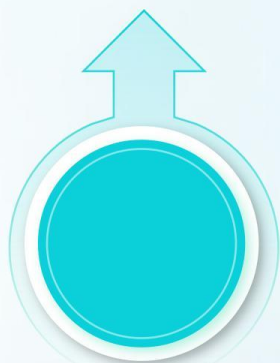


近年来，市医保局全面学习贯彻习近平总书记指示精神，落实市委、市政府各项决策部署，坚持“以人民为中心”的发展理念，立足民生部门职能定位，牢牢把握“四个体系”建设总抓手，为缓解群众“看病难、看病贵”问题发挥了重要作用，多项工作取得突破性进展。

## (二) 聊城做法 1. 构建多层次的医疗保障体系

### 构建多层次的医疗保障体系

基本医保



大病保险

医疗救助



补充医疗保险

长期护理保险



## （二）聊城做法

第一道保障线：职工基本医保和居民基本医保

机关事业单位

企业

职工基本医保

社会团体

灵活就业人员

医保费由单位和职工共同缴纳（单位7%、个人2%），退休人员不缴费。

## （二）聊城做法

### 第一道保障线：职工基本医保和居民基本医保

**统筹基金：**主要用于支付住院、门诊慢特病医疗费。

来源：单位按照7%的比例缴费，扣除划入个人账户后剩余部分作为统筹基金。

## 职工基本医保费

**个人账户：**主要用于支付普通门诊医疗费、住院的个人自付费用以及在药店购药的费用

来源：个人按照2%的比例缴费，全部划入个人账户，单位缴费的一部分划入个人账户（年龄越大，划入越多，向退休人员适当倾斜。）

例如：2022年职工医保最低缴费工资是每月3746元，单位按7%缴费为262.22元，个人按2%缴费为74.92元，一共是每月缴费337.14元，一年应缴费4045.68元。其中划入个人账户的部分是1348.56元（45岁以下），划入统筹金的部分是2697.12元。





## （二）聊城做法 *第一道保障线：职工基本医保和居民基本医保*

职工医保待遇分为住院、普通门诊、  
门诊慢特病。



住院和门诊慢特病由统筹金报销，普通门诊  
报销将于2023年1月启动。

## （二）聊城做法 *第一道保障线：职工基本医保和居民基本医保*

**职工医保住院待遇：**医院分三个级别，为促进分级诊疗，住院按医院的级别设置不同的报销比例，越向基层，医院级别越低，报销比例越高，最低报销比例在70%以上，最高达到95%，报销额度上不封顶。

| 档次 | 分档区间（元） | 一级医院 | 二级医院 | 三级医院 |
|----|---------|------|------|------|
| 1  | 起付线—3万  | 90%  | 88%  | 83%  |
| 2  | 3万—6万   | 92%  | 90%  | 85%  |
| 3  | 6万—10万  | 95%  | 93%  | 88%  |
| 4  | 10万—30万 | 90%  | 90%  | 90%  |
| 5  | 30万以上   | 70%  | 70%  | 70%  |

## （二）聊城做法 第一道保障线：职工基本医保和居民基本医保

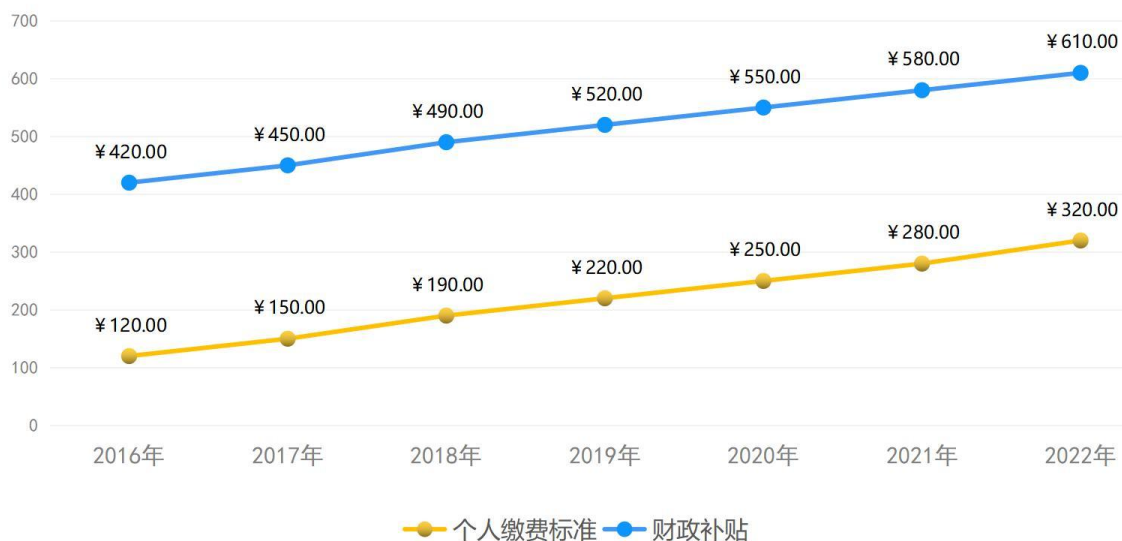
**职工医保门诊慢特病待遇：报销病种共44种，报销比例在职职工85%、退休人员90%，报销额上不封顶。**

| 疾病名称            | 疾病名称                |
|-----------------|---------------------|
| ✓ 恶性肿瘤          | ✓ 支气管哮喘             |
| ✓ 肾功能衰竭透析治疗     | ✓ 真性红细胞增多症（PV）      |
| ✓ 器官移植抗排斥治疗     | ✓ 慢性肾炎、紫癜性肾炎        |
| ✓ 帕金森氏病         | ✓ 肾病综合症             |
| ✓ 心肌病（原发性）      | ✓ 原发性血小板减少性紫癜（ITP）  |
| ✓ 风湿性心脏病        | ✓ 原发性血小板增多症         |
| ✓ 慢性肺源性心脏病（肺心病） | ✓ 股骨头坏死（髋关节置换术患者除外） |
| ✓ 慢性病毒性肝炎       | ✓ 强直性脊柱炎            |
| ✓ 肝硬化           | ✓ 慢性阻塞性肺疾病（COPD）    |
| ✓ 再生障碍性贫血       | ✓ 弥漫性间质性肺病          |
| ✓ 系统性红斑狼疮       | ✓ 干燥综合征             |
| ✓ 类风湿性关节炎       | ✓ 中枢神经系统脱髓鞘疾病       |
| ✓ 糖尿病           | ✓ 肝豆状核变性            |
| ✓ 高血压病          | ✓ 运动神经元病            |
| ✓ 脑卒中           | ✓ 多脉管炎              |
| ✓ 重症肌无力         | ✓ 硬皮病（SSC）          |
| ✓ 冠心病           | ✓ 自体免疫性溶血性贫血        |
| ✓ 抗凝治疗          | ✓ 克罗恩病              |
| ✓ 精神疾病          | ✓ 结肠代食道手术后遗症        |
| ✓ 血友病           | ✓ 艾滋病               |
| ✓ 结核病（活动期）      | ✓ 骨髓增生异常综合症（MDS）    |
| ✓ 黄斑病变眼内注射治疗    | ✓ 多发性硬化（M02900）     |

## （二）聊城做法 第一道保障线：职工基本医保和居民基本医保

居民基本医保：保障范围为参加职工医保以外的城乡居民和学生，医保费由个人缴费与财政补助组成，比例约为1：2。

居民基本医保缴费标准（单位：元）



## （二）聊城做法

第一道保障线：职工基本医保和居民基本医保

### 普通门诊

报销比例50%  
年度限额200元

### 住院

一级医院报销比例90%  
二级医院报销比例70%  
三级医院报销比例60%  
年度内报销限额12万

### 门诊慢特病

报销比例65%  
病种28种

## （二）聊城做法 第一道保障线：职工基本医保和居民基本医保

### 居民医保门诊慢特病病种28种

| 疾病名称            | 疾病名称                |
|-----------------|---------------------|
| ✓ 恶性肿瘤          | ✓ 脑卒中               |
| ✓ 肾功能衰竭透析治疗     | ✓ 重症肌无力             |
| ✓ 器官移植抗排异治疗     | ✓ 冠心病               |
| ✓ 帕金森氏病         | ✓ 抗凝治疗              |
| ✓ 心肌病（原发性）      | ✓ 精神疾病              |
| ✓ 风湿性心脏病        | ✓ 血友病               |
| ✓ 慢性肺源性心脏病（肺心病） | ✓ 结核病（活动期）          |
| ✓ 慢性病毒性肝炎       | ✓ 黄斑病变眼内注射治疗        |
| ✓ 肝硬化           | ✓ 干燥综合征             |
| ✓ 再生障碍性贫血       | ✓ 肝豆状核变性            |
| ✓ 系统性红斑狼疮       | ✓ 骨髓增生异常综合症（MDS）    |
| ✓ 类风湿性关节炎       | ✓ 多发性硬化（M02900）     |
| ✓ 糖尿病           | ✓ 苯丙酮尿症             |
| ✓ 高血压病          | ✓ 儿童脑瘫、智力、肢体等残疾和孤独症 |

## (二) 聊城做法

### 第二道保障线：职工和居民大病保险

从职工医保基金按每人每年20元划拨

从居民医保基金按每人每年90元划拨

2万元

职工的报销起付线

1.1万元

居民的报销起付线

55%

起付线以上的部分报销

60%至  
75%

起付线以上的部分报销

20万元

每年最高可报销

提高5%

医保帮扶对象等困难群体

40万元

每年最高可报销

## (二) 聊城做法

### 第二道保障线：职工和居民大病保险



举例：一名参保居民在三级医院住院花费了10万元，居民基本医保报销了5.5万元，个人承担的4.5万元由居民大病保险进行“二次报销”，去掉起付线1.1万元后的3.4万元，继续按60%报销2.04万元，个人最后实际承担2.46万元。



## （二）聊城做法 第二道保障线：职工和居民大病保险

将未列入医保药品目录的抗肿瘤靶向药、罕见病特药纳入大病保险支付，起付线2万元，报销比例80%以上，一个年度内每人最高可支付**90万元**。

戈谢病

庞贝氏病

法布雷病

三种罕见遗传病，治疗药品价格高昂，每年费用高达**上百万至数百万元**，一般家庭难以承受。有了大病保险的保障，可报销**80%以上**的费用，个人负担大大减轻，解决患者“有药医、无钱治”的难题。一年来已有14人享受报销待遇，支付药品费用**678万元**，人均**48万元**。

## （二）聊城做法 *第三道保障线：医疗救助*

### 医疗救助

将特困人员、低保对象和返贫致贫人口等，纳入医疗救助保障范围。

医疗费经过基本医保、大病保险报销后，个人负担部分可由医疗救助金救助70%，年度限额1.5万元。

经救助后个人负担仍然较重的，超过5000元以上的部分，再救助70%，年度限额1.5万元。



## (二) 聊城做法 *第三道保障线：医疗救助*

案例：冠县参保居民孙先生，低保户，因心脏病在聊城市某医院住院，医疗总费用**28.66万元**，居民基本医保和大病保险报销**18.8万元**，医疗救助**2.95万元**，个人负担6.91万元，总报销比例达到**76%**，医疗救助比例达到**10.3%**。



## (二) 聊城做法 *第四道保障线：商业补充医疗保险*

商业补充医疗保险有效保障  
三重报销后的个人负担部分



## （二）聊城做法 *第四道保障线：商业补充医疗保险*

2021年11月 我市推出商业补充  
医疗保险 “聊惠保”



不限年龄、职业、既往病史，保费每人每年89元，最多可报销230万元，重点“保大病、保重病”。

投保人数达66.6万人，理赔人数424人，理赔金额473万元，其中单笔最高赔付25.15万元。

## (二) 聊城做法 *第四道保障线：商业补充医疗保险*



案例：东昌府区朱女士患心脏病多次住院手术治疗，总住院医疗费用54万元，基本医保和大病保险报销33万元，“聊惠保”报销12万元，多重保障下来，个人仅负担9万元，**报销比例达到83%**。

## （二）聊城做法 *特殊保障线：职工长期护理保险*

- 2014年，我市在省内率先开展职工长期护理保险试点。
- 主要为失能人员提供医疗照护和生活照护保障。2022年，又将失智人员纳入保障范围。
- 职工长护保险由单位、个人、医保、财政共同筹资，每人每年112元。
- 照护方式为医疗专护、机构护理、居家护理三种，以居家护理服务为主，其支付标准分别为每天120元、60元、55元。
- 下一步，将启动居民长期护理保险。



## （二）聊城做法 *特殊保障线：职工长期护理保险*

目前我市长期护理保险机构49家，2141人正在享受长期护理保险待遇，累计有4500余人享受护理保险待遇。

1

解决了家属不懂医疗、护理不到位难题，缓解了由人口老龄化带来的养老压力。

2

将一些长期住院的慢性重病病人，转到家庭或医养机构进行照护，缓解了“社会性住院”问题。

3

促进了一二级医院转型发展，拓展传统养老机构的服务功能，激发了医养结合产业新动能。



## （二）聊城做法

总体上与其他地市相比，我市职工和居民医保待遇在全省处于中上水平，门诊慢特病待遇在全省是最高的。

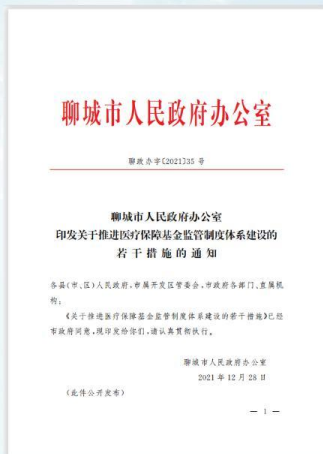


## （二）聊城做法 2. 构建严密有力的基金监管体系



建立健全基金监管体系，坚决打击欺诈骗保行为，重点打击“假病人、假病情、假票据、假透析、假检测”五假行为，坚决守好百姓的“看病钱、救命钱”。

## (二) 聊城做法 2. 构建严密有力的基金监管体系



### (1) 完善监管制度

在执法依据方面,市政府出台了《关于打击欺诈骗保维护医疗保障基金安全的意见》《推进医疗保障基金监管制度体系建设的若干措施》,市医保局联合市财政局出台了《聊城市打击欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励办法》。

在案件处理方面,制定了《行政处罚案件集体讨论制度》《行政处罚、协议处理案件法制审核办法(试行)》等,组织开展行政执法案卷现场评查,集体研究决策,优化行政执法程序。

## （二）聊城做法 2. 构建严密有力的基金监管体系



### + （2）健全组织架构

2019年，市县两级都成立具有行政执法职能的基金监管科室；2021年4月，组建聊城市医疗保险基金稽核中心，县级也成立专职稽核队伍，开展日常稽核检查，理顺了工作职责，增强了监管力量。

## （二）聊城做法 2. 构建严密有力的基金监管体系

### （3）构建社会共治

构建党委领导、政府监管、社会监督、行业自律、个人守信的“五位一体”监管格局，建立全市基金监管联席会议制度，健全执法检查联动机制，开展由医保、卫健、市场监管、公安等部门参加的联合执法检查，实施联合惩戒。



## （二）聊城做法 2. 构建严密有力的基金监管体系

### 全市医保基金监管联席会议制度



## （二）聊城做法 2. 构建严密有力的基金监管体系



建立“双随机、一公开”跨部门联合抽查制度，我市是全省五个试点地市之一。2020年8月18日上午，全市医疗保障系统举办“双随机、一公开”抽查启动仪式，省医保局副局长郭际水、副市长成伟共同按下启动球，启动“双随机、一公开”抽查系统。

## （二）聊城做法 2. 构建严密有力的基金监管体系

### + （4）加大执法力度

在打击欺诈骗保方面始终保持高压态势，组织开展对全市定点医药机构的全覆盖检查、专项检查、稽核稽查、交叉检查、自查自纠，严厉查处欺诈骗保违法行为。2019年以来，累计追回医保基金2.4亿元，行政处罚医药机构74家。

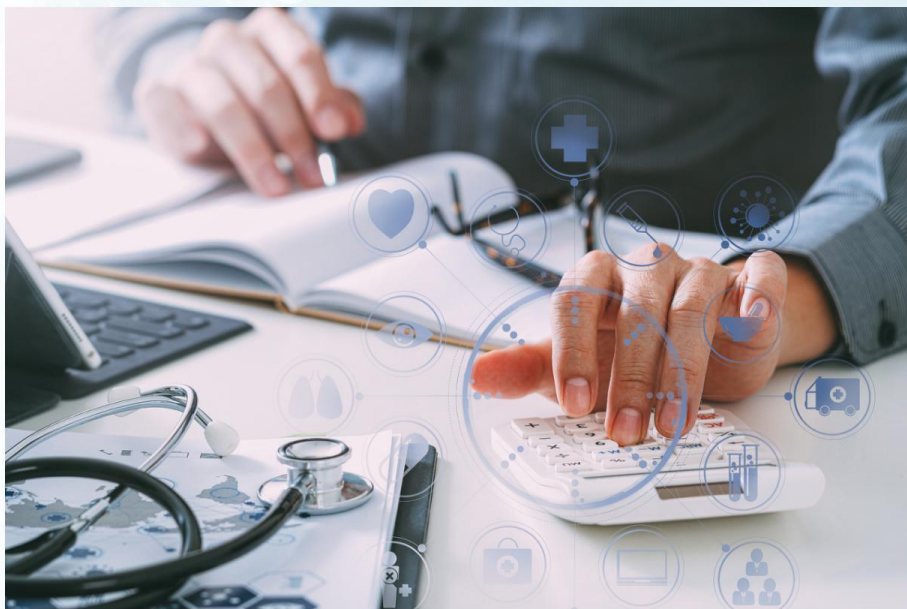


## （二）聊城做法 3. 建立科学高效的医药服务管理体系

### （1）构建多元复合医保支付方式

坚持总额控制下的多元复合式医保支付方式，目前主要有四种支付方式：

1. 将临床路径规范、诊疗技术成熟、费用相对稳定的病种，实行**按病种限额付费**。
2. 对病程长、费用稳定的精神病等实行**按床日打包付费**。
3. 对部分医疗花费超高的病人实行**按项目据实付费**。
4. 对试点医院的住院病例实行**DRG（按疾病诊断相关分组）付费**。



## （二）聊城做法 3. 建立科学高效的医药服务管理体系

### （2）建立医保三大目录动态调整机制

基本医疗保险的“三大目录”包括医保药品目录、医用耗材目录、医疗服务项目目录

#### 医保药品目录

2021版医保目录内药品总数达到2860种，其中西药1486种，中成药1374种。

国家统一制定  
每年调整一次

#### 医用耗材目录

国家已收录近1000万种，我市在用近16万种。

#### 医疗服务项目目录

我市在用近9000种。

政策范围内  
地方动态调整

## (二) 聊城做法 3. 建立科学高效的医药服务管理体系

### (3) 推动药品耗材降价

充分发挥医保战略性购买作用，大幅降低药品耗材价格。

一方面，从国家和省级层面，对临床使用普遍、市场竞争充分、医疗花费高、群众反映集中的药品耗材进行集中招标采购，实现以量换价、量价挂钩。如冠脉支架、药物球囊、眼科人工晶体、骨科耗材等。

我市先后落地国家组织的6批234种药品、2批耗材，省组织的2批71种药品、2批耗材，省际联盟组织的3批耗材集采结果。集采药品305种，占全部医保药品的比例达到11%。



集采药品平均降价50%以上



最高降价达90%以上



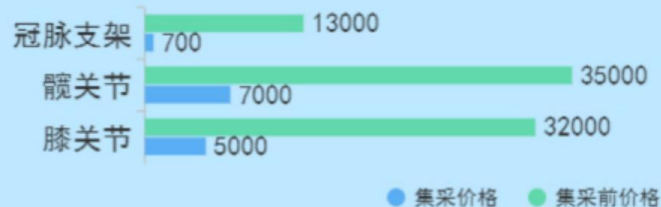
集采医用耗材平均降价70%以上



最高降价达90%以上

单位：元

价格对比



## （二）聊城做法 3. 建立科学高效的医药服务管理体系



如治疗SMA（脊髓性肌肉萎缩症）的诺西那生钠注射液2019年进入中国市场，每针价格近70万元，2021年11月，经国家医保局谈判代表、福建省医保局药械采购监管处处长张劲妮“灵魂砍价”，该药以3.3万元每针的价格进入新版医保药品目录，降价95%。

### 推动药品耗材降价

另一方面，及时落实国家谈判药品政策。部分重特大疾病、罕见病的治疗用药，科技含量高、疗效显著、不可替代，但是价格高昂，不属于医保范围，很多病人买不起、用不起。

医保部门采用战略性购买方式，与医药企业进行谈判，通过谈判促使其大幅降价后纳入医保报销目录。目前国家谈判药品有275种，平均降价61.71%。

## （二）聊城做法 4. 构建便捷标准的经办服务体系

### 打造更优的服务流程

按照“四个最”要求，申办材料整体精简49.8%，办理时限压缩68.2%，高频事项办理流程优化51.6%。按照“六统一”要求，建设省级标准化示范窗口。

服务

方式

站点

### 打造更近的服务站点

建成医保工作站1118个，实现218个乡镇（街道）医保工作站全覆盖，并向村级延伸。

大力推行经办业务“全市通办”，建立全市统一的经办平台，任一医保经办机构均可受理、办理各县业务，解决群众办事“往返跑”问题。

### 打造更快的就医方式

**方便我市群众外出就医：**市外异地住院实现“零门槛、无障碍”备案，全国联网、即时结算；医保经办业务实现“掌办”“网办”；医保个人账户省内“一卡通行”。

**方便外地群众来我市就医：**全市定点医院住院全部纳入跨省联网结算；开通4家定点机构门诊慢特病跨省联网结算，288家定点机构的普通门诊跨省联网结算，1444家定点药店的跨省刷卡业务，开通数量占比居全省首位。

## （二）聊城做法 5. 高质量完成重大工作任务

### （1）全力保障疫情防控

2021年度医保基金支付疫情防控  
费用**7.77亿元**

其中：  
新冠疫苗**5.8亿元**  
接种费用**0.62亿元**  
核酸检测费用**0.55亿元**  
救治费用**0.8亿元**



## （二）聊城做法 5. 高质量完成重大工作任务



### 山东省脱贫攻坚先进集体

中共山东省委  
山东省人民政府  
二〇二一年六月

#### （2）医保脱贫攻坚决战决胜

实现参保全覆盖，不仅将扶贫部门管理的建档立卡贫困人员全部纳入医保范围，还将低保对象、特困人员全部纳入，全市16.8万人应保尽保。

筑牢多层次保障线，对建档立卡贫困人员，建立基本医保、大病保险、医疗救助、医疗机构减免、商业特惠保险、重特大疾病再救助的六重保障体系，确保政策范围内个人负担比例控制在10%以内。对低保对象、特困人员实行基本医保、大病保险、医疗救助三重保障，最大程度减轻就医负担。

## (二) 聊城做法 5. 高质量完成重大工作任务

### (3) 创新医保基金监管模式

在省内率先开展“双随机、一公开”抽查检查，开发系统抽查软件，制定检查对象名录库、执法检查人员名录库、医疗专家名录库、随机抽查事项清单和工作细则。2021年1月，获得市纪委监委“规范权力运行好制度”一等奖。

### 中共聊城市纪律检查委员会

#### 关于2020年度纪检监察工作创新奖 及规范权力运行好制度评选获奖情况的通报

各县（市、区）纪委监委、市属开发区纪工委监工委，市纪委监委机关各部室（单位）、各派驻纪检监察组：

附件2

#### 2020年度规范权力运行好制度评选获奖名单

一等奖

市医保局：医保基金“双随机、一公开”监管制度体系（申报单位：派驻一组）

工作，充分发  
行。根  
相关指  
市纪律  
。之以恒  
化创新  
意识，努力推出更多可复制、可推广的创新成果，为纪检监察工作高质量发展注入强大动力。

附件：1.2020年度纪检监察工作创新奖获奖名单

2.2020年度规范权力运行好制度评选获奖名单

中共聊城市纪委办公室

2021年1月7日

- 1 -



## （二）聊城做法 5. 高质量完成重大工作任务



### （4）大力支持中医药发展

#### “三纳入、三提高”

- 全市50家中医医疗机构纳入医保定点，49家以中医药特色治疗为主的医疗机构纳入长期护理保险定点，2019至2021年基金共支出**1.15亿元**。
- 中药饮片892种，中药颗粒3757种，中药制剂119种纳入医保药品目录。
- 将20种中医优势明显、诊疗过程差异不大、费用明确的病种纳入按病种包干付费。
- 提高中医医院年度总额预算指标**3个百分点**。
- 取消针灸、拔罐、推拿等治疗项目的首先自付比例，中草药费用报销比例比其他药品提高**2%**。
- 提高体现中医医务人员技能价值的医疗服务项目价格，112项中72项价格超过省直医疗机构。

## （二）聊城做法 5. 高质量完成重大工作任务



### （5）信息化建设走在全省前列

在全省率先以自建模式上线国家医保信息平台，表明我市医保信息化建设达到国家标准，改变原来医保信息系统标准不统一、数据不互认、系统分割、难以共享等弊端，为医保业务办理、监督管理、公共服务、决策分析提供标准化、智能化、便捷化支撑。

## (二) 聊城做法 5. 高质量完成重大工作任务

### (5) 信息化建设走在全省前列

打造更强的信息平台，持续推广医保线上服务平台应用，“聊城医保”掌办小程序已覆盖个人账户信息查询、异地就医备案、医保关系转移接续、生育补贴支付、居民医保参保或中断登记、灵活就业人员参保或中断登记等全部个人服务事项，提供线上服务155万次。



## （三）需要说明的几个问题

### 1. 关于医保保基本的功能定位



基本医保的原则是“广覆盖、保基本、公平适度、可持续”，要与当地社会经济发展水平相适应，既不能过度保障，又不能保障不足。

习近平总书记指出“坚持实事求是，既尽力而为又量力而行，把提高社会保障水平建立在经济和财力可持续增长的基础之上，不脱离实际、超越阶段。”

“经济发展和社会保障是水涨船高的关系，水浅行小舟，水深走大船，违背规律就会搁浅或翻船。”

### (三) 需要说明的几个问题

#### 基本医疗保险不予支付的范围

应当从工伤保险基金中支付的

应当由第三人负担的

应当由公共卫生负担的医药费用

在境外就医的

## （三）需要说明的几个问题

### 医疗保险不予支付的范围

#### 药品

- 主要起营养滋补作用的药品；
- 部分可以入药的动物及动物脏器；
- 用中药材和中药饮片泡制的各类酒制剂；
- 各类药品中果味制剂、口服泡腾剂；
- 血液制品、蛋白类制品（特殊适应与急救、抢救除外）等。

#### 诊疗项目

- 服务项目类：挂号费、院外会诊费、出诊费、检查治疗加急费、点名手术附加费；
- 非疾病治疗项目类：各种美容、健美项目以及非功能性整容、矫形手术（种植牙、镶牙、验光配镜），健康体检，预防、保健诊疗项目（预防服药、预防注射、疾病普查）；
- 诊疗设备及医用材料类：PET-CT，眼镜、义齿、义肢、助听器等；
- 治疗项目类：近视眼治疗，器官移植的器官源等

## （三）需要说明的几个问题

### 2. 关于报销范围和比例的问题

有群众反映，我市一、二、三级医院的医保报销比例存在较大差别，医疗水平相对较低的一级医院报销比例高、医疗水平较高的三级医院比例低。

这些政策设计目的是引导群众小病去小医院看，大病去大医院看，促进群众理性就医，合理选择诊疗医院，合理利用医疗资源，实现分级诊疗，促进医疗资源均衡发展。



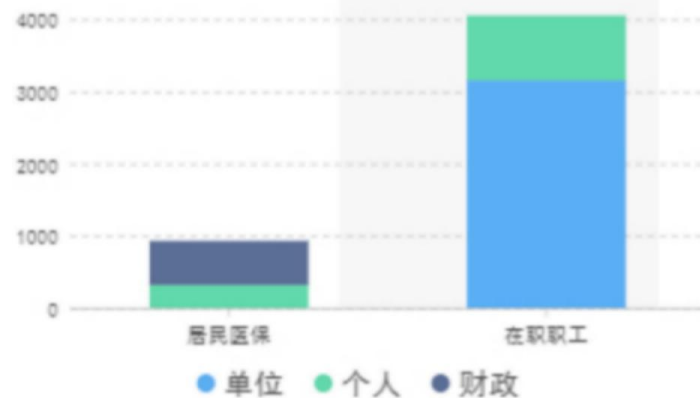
## (三) 需要说明的几个问题

### 3. 关于居民和职工的医保待遇差别问题

由于国家医疗保障制度设计，职工和居民缴费水平不同，享受医保待遇有差别，是权利与义务对等的体现。

职工医保全年最低缴费标准**4046元**，其中个人缴费899元，单位缴费3157元；居民医保全年缴费标准**930元**，其中个人缴费320元，财政补贴610元。

2022年职工医保和居民医保缴费差别





## （三）需要说明的几个问题

### 3. 关于居民和职工的医保待遇差别问题

在全省满意度调查中，有群众反映居民医保缴费年年涨，但是报销额度没有提高。

据统计，2021年医保缴费比上年增长6%，医疗费增长13%，医疗费增长明显超过缴费增长。



## （三）需要说明的几个问题

### 4. 关于职工个人账户的改革问题

职工医保启动以来，个人账户弊端日益显现，据统计2021年全市职工医保基金总收入35.59亿元，其中划入个人账户14.98亿元；累计结余8.37亿元。个人账户资金使用范围有限，而且不能统筹共济使用，造成资金大量沉淀，降低了资金的使用效率。



## （三）需要说明的几个问题

### 4. 关于职工个人账户的改革问题

2021年国务院办公厅、省政府办公厅先后出台文件，要求改革职工医保个人账户，降低划入个人账户的比例，充实统筹基金，建立职工门诊共济保障机制，把门诊医疗费纳入医保统筹基金报销。我市起草了落实办法，于今年6月份以市政府办公室名义出台，2023年1月实施。

**报销政策：**参保职工在门诊发生的医疗费予以报销，按一、二、三级医疗机构，分别设置报销起付线、报销比例和年度限额。起付线为200元、400元、800元，报销比例70%、60%、50%，退休职工比在职职工分别高5%，年度报销限额2000元。

**资金来源：**建立普通门诊统筹制度，个人不再另外缴费，通过改革职工个人账户筹集资金。在职职工个人账户逐渐转为只划入个人缴费部分，原来划入的单位缴费部分归集至统筹金，用于门诊报销。

## （三）需要说明的几个问题

### 5. 关于与医院不能足额结算医疗费问题

医保基金坚持“以收定支、收支平衡、超支分担”的原则，我市一直以来实行总额控制下的复合式支付方式。每年根据基金的收入总量，对市内各定点医疗机构实行年度总额控制。

医保基金总量有限，但是医疗总费用增长过快，超过了医保基金的支付能力。





3

# 难题之解

## （一）基金收支面临巨大压力

我市基金累计结余  
低于安全警戒线

2021年职工医保基金收入35.59亿元，支出31.4亿元，当期结余4.19亿元，但是有4个县（市区）当期出现收支缺口。

截至2021年底，职工医保基金累计结余9.21亿元，低于国家规定的安全警戒线。

9.21亿元

4.19亿元

## （一）基金收支面临巨大压力

我市基金累计结余  
低于安全警戒线

截至2021年底，居民医保基金累计结余1.85亿元，低于国家规定的安全警戒线。

1.85亿元

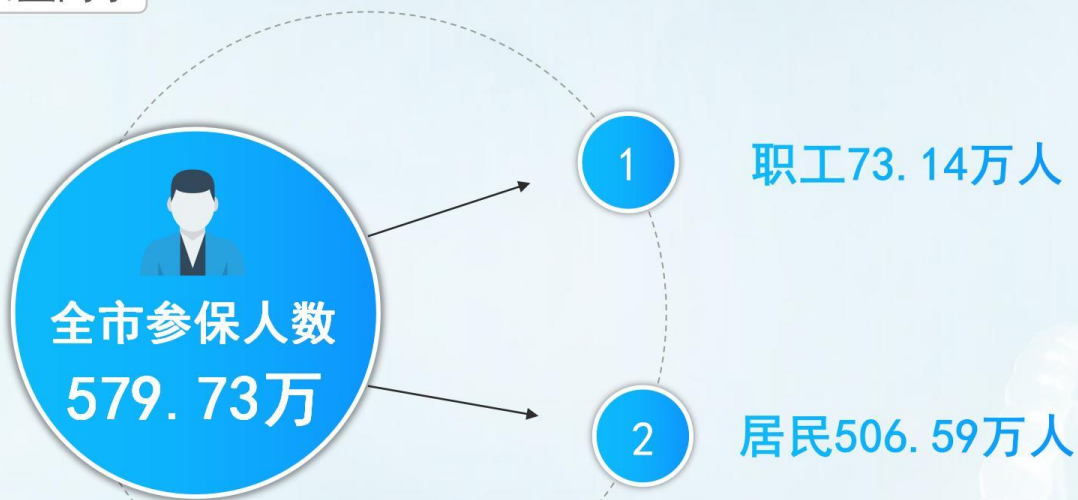
43.2亿元

2021年居民医保基金收入43.2亿元，当年出现收支缺口。

# （一）基金收支面临巨大压力 1. 原因剖析

## （1）基金收入增长乏力

### 1 参保人数增长空间小



参保率97%，参保覆盖面已经接近“天花板”



# （一）基金收支面临巨大压力 1. 原因剖析

## （1）基金收入增长乏力

2 退休人数占比过高

2021年在职职工与退休人员比例



# (一) 基金收支面临巨大压力 1. 原因剖析

## (1) 基金收入增长乏力

### 3 人均缴费标准偏低

居民医保受经济发展水平和居民承受能力影响，个人缴费标准执行全省规定的最低标准。

2022年居民医保人均缴费标准与周边地区相比差距较大



# （一）基金收支面临巨大压力 1. 原因剖析

## （2）基金支出增长过快

- 医疗机构属性复杂，既有市场属性，又有事业属性；
- 医疗机构数量一直在增长；
- 部分医疗机构规模扩张。



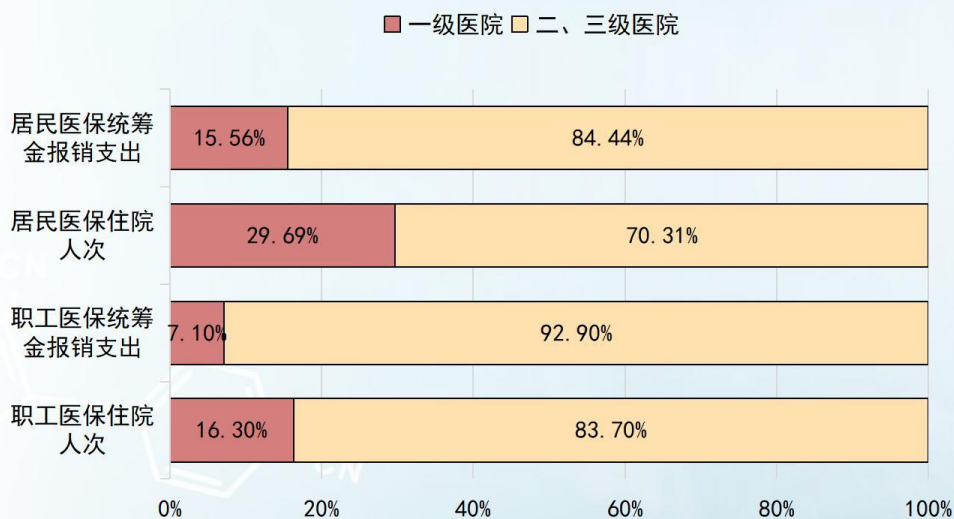
# (一) 基金收支面临巨大压力 1. 原因剖析

## (2) 基金支出增长过快

### ➤ 本地住院医疗费增长快

2021年，职工医保本地医院支出占总支出的73.03%，同比增长14.6%，居民医保本地医院支出占总支出的82.08%，同比增长7.56%。

原因：群众就医需求日益提高，优质医疗资源不均衡，就医流向不合理。

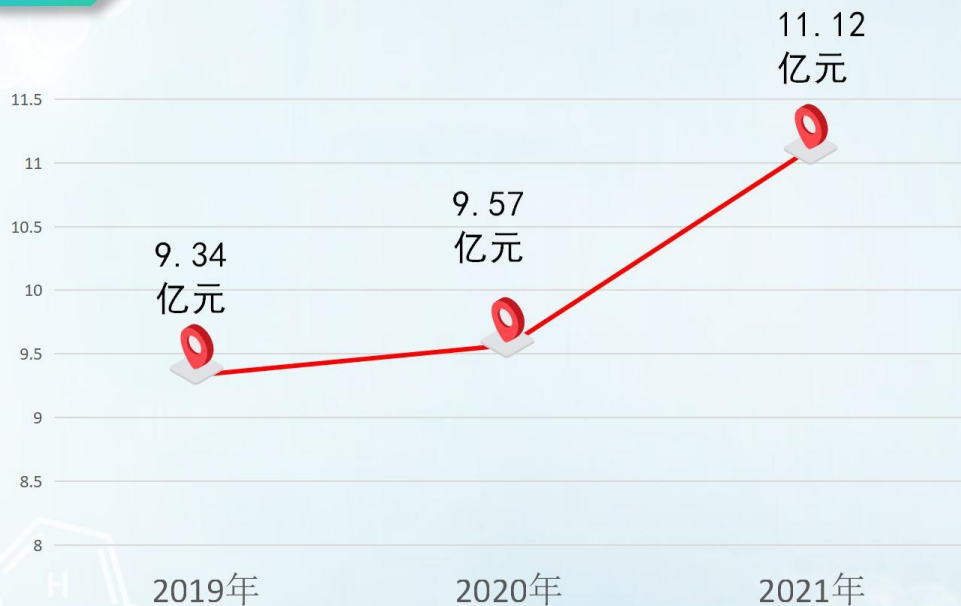


# （一）基金收支面临巨大压力 1. 原因剖析

## （2）基金支出增长过快

2

### ➤ 异地就医医疗费增长较快



2021年转外就医致医保费外流11.12亿元，比上年度增长1.55亿元，尤其是转省外异地就医增长40%以上。

外地患者来聊就医总费用仅7000余万元。

# (一) 基金收支面临巨大压力 1. 原因剖析

## (2) 基金支出增长过快

3

### ➤ 门诊慢特病人次及费用同步增长

2021年，门诊慢性病就医人次比上年增长29.21%，支出费用同比增长18.6%。

2019年-2021年门慢人次（单位：万人）



2019年-2021年门慢费用支出（单位：亿元）



# （一）基金收支面临巨大压力 1. 原因剖析

## （3）基金面临多重风险



**社会风险**方面的人口老龄化、城镇化进程等，为医保事业发展带来不确定性。老龄化既影响基金收入，又影响基金支出。

**制度风险**是根本的风险，待遇的泛福利化趋势，与保基本的原则不符；待遇是刚性的，只能提高不能降低，保障范围只能宽松不能收紧。

**道德风险**与患、医都有关系，医药机构和患者受利益驱动，不惜违规套取医保基金、欺诈骗保，造成基金大量流失。

# （一）基金收支面临巨大压力 1. 原因剖析

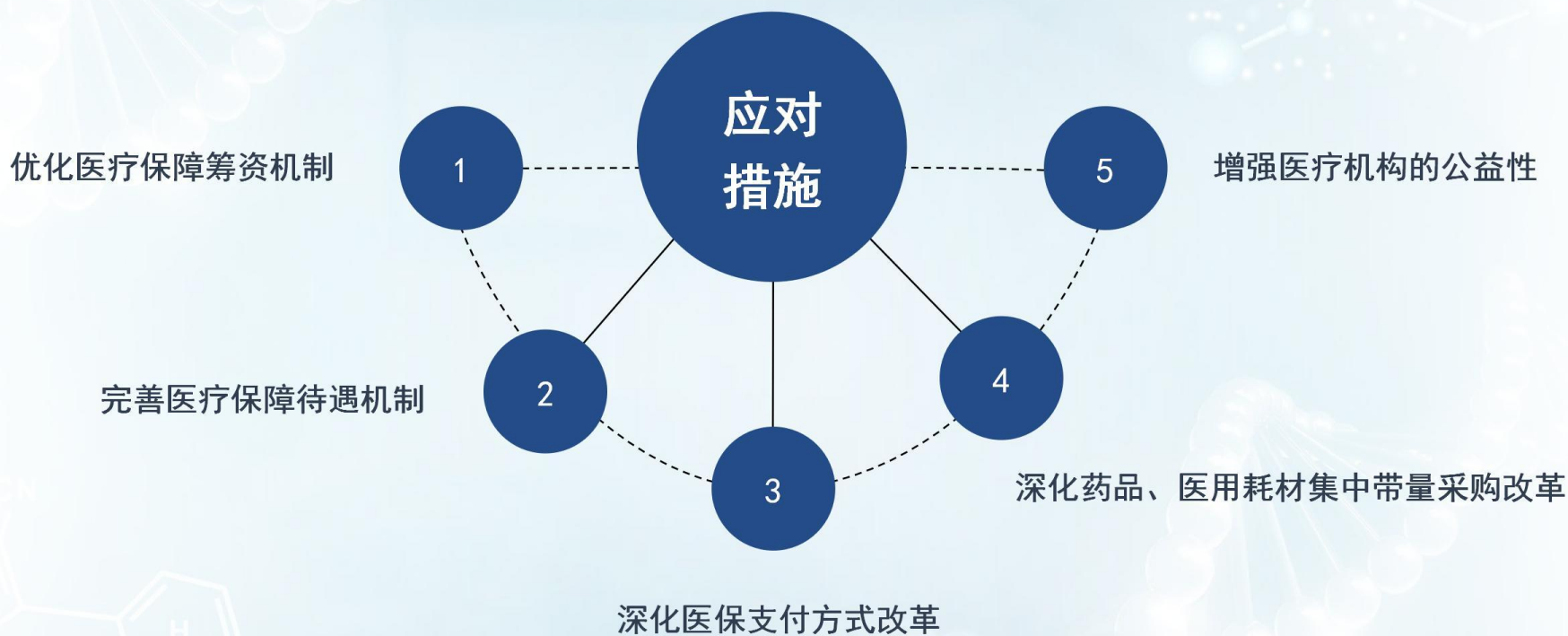
## （4）疫情防控压力持续增加

- ◆ 目前，全市医保基金已累计支付疫情防控费用7.77亿元，其中支付疫苗费用5.8亿元，支付疫苗接种费用0.62亿元，支付救治费用0.8亿元，支付“应检尽检”核酸检测费用0.55亿元。
- ◆ 今后疫情仍有反复，疫苗接种等费用支出将进一步加大医保支付压力。





# (一) 基金收支面临巨大压力 2. 应对措施



# （一）基金收支面临巨大压力 2. 应对措施

## （1）优化医疗保障筹资机制

- 以“老小病弱残”和新业态下灵活就业人员为重点，大力推进全民参保计划，实现各类人员的应保尽保；探索从制度上将居民医保“自愿参保”向“强制参保”转变，将参保确定为居民的义务。
- 改革职工医保个人账户，降低个人账户划入比例，盘活个人账户资金，扩大统筹基金总量。
- 稳步提高居民基本医保筹资水平，强化个人缴费责任，保持财政补助、个人缴费稳定在2:1以内。



# （一）基金收支面临巨大压力

## 2. 应对措施

### （2）完善医疗保障待遇机制



- 严格落实国家、省医疗保险待遇清单制度，明确基本医保“保基本”原则，厘清待遇支付边界，科学确定待遇水平，防止过度保障和保障不足。
- 坚持职工和居民分类保障，待遇与缴费挂钩。
- 改进门诊慢性病管理政策，加强对资格准入的把关和门诊就医行为的管理，按病种设置年度支付限额或起付线，控制门诊慢性病费用过快增长。

# （一）基金收支面临巨大压力

## 2. 应对措施

### （3）深化医保支付方式改革

医保支付方式是指医保部门以什么方式与医疗机构结算医疗费用。目前分为按项目、按病种、按床日、DRG（按疾病诊断相关分组）付费等方式。

DRG是世界公认的较为先进和科学的支付方式，已列入省委、市委重点改革项目。DRG通过大数据分析，对病种科学分组，包干付费。引导医疗机构增强成本意识，支持高新技术应用，规范医疗服务行为，控制不合理支出，科学合理使用医保基金，推动医疗机构高质量发展。2025年底覆盖所有定点医疗机构。



## （一）基金收支面临巨大压力 2. 应对措施



### （4）深化药品、医用耗材集中带量采购改革

常态化制度化落实国家组织药品、医用耗材集中带量采购结果，大幅降低药品、医用耗材价格，积极推进在医疗机构的普遍使用，降低群众就医负担，提高群众对医保改革的获得感。

# （一）基金收支面临巨大压力

## 2. 应对措施

### （5）强化医疗机构的公益性

- ✓ 强化医疗机构能力建设；
- ✓ 科学合理规划医疗机构布局；
- ✓ 优化医疗资源配置，促进形成分级诊疗；
- ✓ 加大财政投入支持，强化医疗机构公益性。



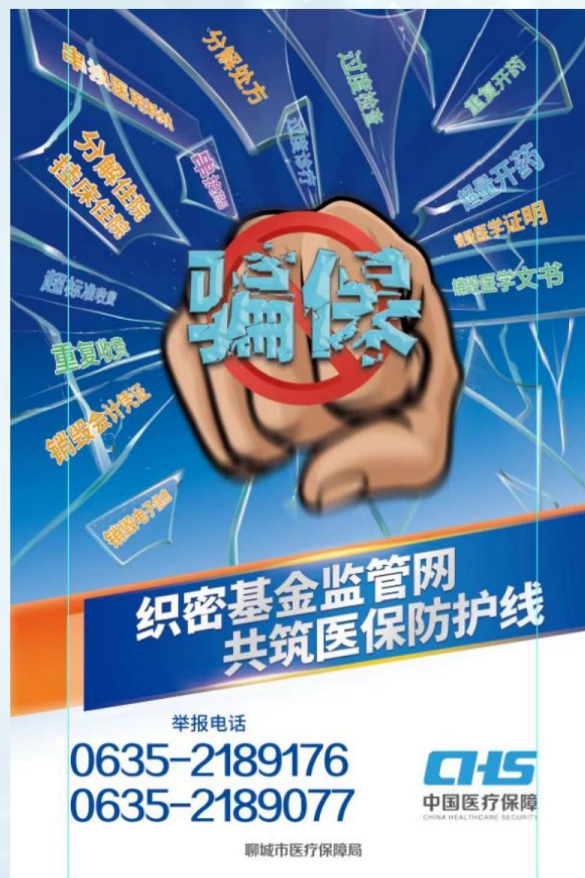
## （二）基金监管难题

- ◆ 基金监管涉及利益主体多、链条长、环节多、风险点多，欺诈骗保问题多发易发，监管面临巨大挑战，全国普遍存在，也是公认的**世界级难题**。
- ◆ 2019年、2020年，全国检查定点医疗机构、零售药店分别为81.5万家、81.82万家，分别占定点医药机构总数的99.45%、99.84%，追回资金115.56亿元、223.11亿元。在公开曝光的案例中，涉及违规主体包括医院、社区卫生服务中心、卫生院、药店和参保个人，其中医院的违规比重最高，为66.18%，卫生院和参保人次之，占比14.71%、10.29%。违规行为包括欺诈类76.47%、浪费类13.24%、其他10.29%。
- ◆ 2019年以来，我市累计追回医保基金2.4亿元。

## (二) 基金监管难题 1. 存在的困难和问题

### (1) 医药机构追求利益最大化造成违规行为易发多发

医疗机构市场化倾向没有得到根本改变，采取过度医疗、过度检查、串换项目、分解收费等违规方式，获取更多的医保资金。





## （二）基金监管难题 1. 存在的困难和问题

### （2）违法违规医疗行为隐匿、查处难

- **发现难**

骗保形式在经历从个体到团伙、医患联合、联合骗保的演变过程。欺诈骗保行为从显性向隐性转变。

- **认定难**

医疗行为专业性强，信息不对称，涉及多个环节、多个对象，若证据不充分，违规行为难以认定。

- **根治难**

医保覆盖的疾病数千种，治疗成本千差万别，医疗服务是由供给方主导的特殊消费行为。



## （二）基金监管难题

### 1. 存在的困难和问题

#### （3）社会共治机制有待完善

基金监管是一项社会系统工程，业务分散在多个部门，医保部门只是其中之一，需要一个健全的综合监管体系，按照责任分工，加强协调配合，真正形成监管合力。

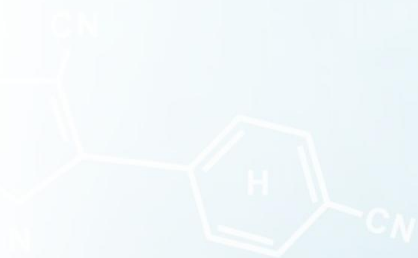


## (二) 基金监管难题

### 1. 存在的困难和问题

#### (4) 行业自律作用发挥不足

医药机构对合理使用医保基金、控制过度医疗、过多用药的自觉性还不高，缺乏主动降低成本的内生动力。



## (二) 基金监管难题

### 1. 存在的困难和问题

#### (5) 基金监管力量和能力不足

医保局成立以后，行政监管能力有所改善，但与繁重的监管任务相比，执法力量不足，监管能力欠缺。目前，全市医保系统专业监管执法人员**81人**，但需监管的各类定点医药机构就达**2079家**，监管比**1：26**。



## （二）基金监管难题 2. 应对措施

### （1）推进基金监管体制改革

#### 加快监督执法体系建设



推进全市医保基金监管机构和人员队伍建设，争取县级设立独立的稽核机构，构建市、县一体监督执法体系。

加强执法人员配备，加大人员培训力度，增加法律、医学、财会、信息等专业人员，提升监管队伍专业化规范化水平。

#### 建立健全执法检查联动机制



充分发挥医保基金监管工作联席会议制度作用，加强部门联合执法、联合惩戒，综合运用司法、行政、协议等手段，以零容忍态度严厉打击欺诈骗保行为，严惩重罚欺诈骗保的单位和个人，对涉嫌犯罪的依法追究刑事责任。

## (二) 基金监管难题 2. 应对措施

### (2) 完善监督检查制度

全面实行“双随机一公开”检查制度，完善日常稽核、自查自纠、多部门联合检查、重点检查、专家审查等相结合的监督检查制度，规范检查内容、工作要求和工作流程，确保公开、公平、公正。

建立医疗费结算事前审核制度，事先筛查审核可疑结算数据，及时停止拨付有关款项，真正实现监管关口前移。

建立和完善政府购买服务制度，积极引入信息技术公司、商业保险机构、会计事务所等第三方力量，协助查办欺诈骗保案件，提升监管专业化、科学化、精准化水平。

## （二）基金监管难题 2. 应对措施

### （3）全面建立医保智能监控系统

监管工作实现关口前移，建立以大数据为依托的智能监控系统。

在医保局端，市局成立“大数据审核中心”，开展医保费用结算前审核，合规费用直接支付。

在医院端，建立“院端违规预警监管系统”，实现医保患者就诊全流程监管，提供事前提醒、事中监控、事后分析服务。

这项工作得到省医保局的大力支持，省局专门召开专题会议集体研究，并邀请国家局专家论证，系统正式运行后将填补省内空白。



## (二) 基金监管难题 2. 应对措施

### (4) 建立信用管理的监管长效机制

建立定点医药机构、医师、参保人员信用评价体系，强化守信激励、失信约束，“一处违规、处处受限”。

实行医保信用评价与日常检查、医保费用总额预算、医保协议管理、综合绩效考核结果挂钩。





## （二）基金监管难题 2. 应对措施

### （5）实现定点医药机构立体化管理

目前，医保部门与医疗机构签订协议，实行协议管理，下一步按照点、线、面相结合的立体化管理格局，延伸到医院科室、医保医师（护士、药师）的监管，拟出台《医保医师管理办法》《医院科室违规处理暂行办法》，如出现违规行为，暂停科室医保业务结算，依法对违反规定的医务人员进行处理。

压实医药机构合理使用医保基金的主体责任，建立内部考核责任体系，促进自我规范和自我约束。





4

发展方向

# （一）转变管理方式

## 1. 由下游管理转变为上游管理

- 医疗机构定点准入实行科学规划、合理布局、严格准入；
- 医保基金支付全面推行DRG分组付费，对病种费用事先测算并打包确定；
- 在药品耗材购置方面，逐步改变医院向药企直接购药模式，发挥医保基金战略性购买作用，开展药品耗材集中招标采购；
- 基金监管模式从事后检查到结算前的大数据审核，从局端审核到院端预警。

# （一）转变管理方式

## 2. 由粗放管理转变为精细管理

- 在政策制定方面，聘请保险公司专业人士对有关医保费用进行精算，运用现代数学、统计学、金融学等各种科学有效的方法和数据模型，对医保费用未来的风险进行分析、评估和管理；
- 在基金的预算分配方面，充分考虑三年的历史数据和现实医疗费实际增长情况，并增加次均费用、住院人次和住院床日等量化考核指标；
- 在医保基金监管方面，引入信息化手段，对海量医疗费用数据进行全覆盖筛查、多方位实时大数据比对，或自动通过与规则库、知识库的核对，发现异常数据并及时抓取，进行分析研判。

# (一) 转变管理方式

## 3. 由传统管理转变为数字化管理

从传统管理转向数字化管理。坚持以信息化推动业务提升，大力推进医疗保障信息平台建设，共建成公共服务、智能监管、宏观决策、经办管理、应用支撑5个业务板块，涉及26个子系统。

自行建设三个个性化应用系统，“双随机、一公开抽查系统”“医保大数据精准防贫系统”“OCR手工报销系统”。

让规范化管理插上科技的翅膀，利用信息技术向业务赋能。

### 医保信息平台应用系统逻辑架构图



## (二) 具体工作

### 建设公平医保

- ◆ **参保公平。**不限地域、职业、户籍身份等，均可参加职工医保或居民医保，实现应保尽保。
- ◆ **筹资公平。**提高统筹层次，推动省级统筹，均衡个人、用人单位和政府三方筹资责任，逐步缩小制度间、人群间、地市级区域间差距。
- ◆ **待遇公平。**严格落实国家、省医疗保障待遇清单制度，清单内的待遇都必须落实，清单外的待遇一律不准增加。



## （二）具体工作



### 建设法治医保

- ◆ 推进基金监管法治化、规范化。完善权责清单、执法事项清单，规范行政执法自由裁量权，规范行政执法行为。
- ◆ 推进职工和居民依法参保，不断提升参保质量。
- ◆ 对定点医药机构由协议管理转变为依法管理。



## （二）具体工作

### 建设安全医保

- ◆ 维护基金安全。强化基金运行分析和监测预警，精准进行基金预算和年终决算，保障收支平衡，防止基金出现风险。严密监控基金运行情况，及时查摆并堵塞漏洞，同时，加强基金监管，打击欺诈骗保。
- ◆ 保障数据安全。规范医保数据管理和应用，维护医保信息平台安全运行，重要数据和敏感数据列入保护目录，严格执行《个人信息保护法》，保护好群众医保数据。
- ◆ 加强内控。精准查找医保内部管理和职能运行风险点，做好内控体系建设，有效防范安全隐患，确保不发生重大安全问题。

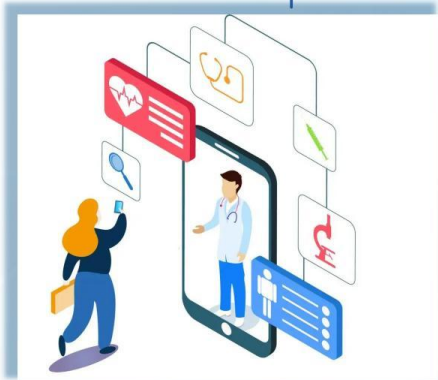




## （二）具体工作

### 建设智慧医保

- ◆ 运用智慧医保加强管理。全面建立智能监控制度，实现“四个全覆盖”：对管理服务对象即定点医院（门诊、药店）的智能监控全覆盖，对经办机构、稽核机构等内部机构的全覆盖，对承办医保业务的商保机构的全覆盖，对所有险种的全覆盖。
- ◆ 提升信息化服务水平。鼓励发展诊间结算、床边结算、线上结算，推进医疗电子票据使用，提高异地就医直接结算效率。继续优化“网办”“掌办”，实现人脸识别，推进可视化办理，提供更多智能化服务。



## （二）具体工作

### 建设协同医保

- ◆ **强化外部协同。**在基金监管上，强化医保、卫生健康、公安、市场监管等部门协作，共同发力。在医药卫生改革上，推进“医保、医疗、医药”三医联动改革，医保是纽带，医疗是主体，医药是重点，共同解决“看病难、看病贵”问题。
- ◆ **强化内部协同。**在医保系统内部，采取一揽子措施，比如，开展以DRG为主的医保支付方式改革，常态化落实药品耗材集中带量采购，建立药品、耗材、医疗服务项目的价格动态调整机制等，达到科学、合理、高效使用医保基金的目的。
- ◆ **强化上下协同。**加强对上与省局、对下与县局在基金征缴、基金监管、政策制定、待遇落实、经办服务、信息化建设等方面的上下联动，改进提升工作，逐步走向统一，配合基本医保实现省级统筹。





5

# 队伍建设

# 聊城市医疗保障局

## 队伍建设

今年是党的二十大召开之年，也是全市医保系统“规范提升年”。我们将以干部队伍建设作为重要保障，加快落实市委、市政府关于医保领域工作部署，落实市政府第一次廉政工作会议要求，全面深化从严治党，加大党风廉政建设，打造忠诚、干净、担当的干部队伍。



# 聊城市医疗保障局

## 强化为民思想 打造忠诚的干部队伍

将群众满不满意、高不高兴，群众利益有没有得到有效保障，作为检验医保工作开展的主要标准，打造**忠于党、忠于人民**的高素质干部队伍。

## 强化争先意识 打造担当的干部队伍

强化责任担当，大力弘扬**“严、真、细、实、快”**的工作作风，在全市医保系统持续掀起争先创优、砥砺奋进的工作热潮，以**“四争”**为工作抓手，打造想干事、能干事、干成事的医保工作队伍。



## 强化底线思维 打造干净的干部队伍

加大党风廉政建设力度，严明政治纪律，严格遵守医保**“十条禁令”**，知敬畏、存戒惧、守底线，坚决肃清医保领域的不正之风，确保公正用权、依法用权、廉洁用权，用严明的纪律维护医保队伍良好形象。



# 聊城市医疗保障局

今后，我们将紧紧围绕“让政府放心、让群众满意、让社会更和谐”的奋斗目标，牢固树立“**事争一流、唯旗是夺**”的理念和“**凡事有解**”的思维，笃志走在前，乘胜开新局，大力推进医疗保障体系更加完善，医保基金更加安全，经办服务更加便捷，以优异成绩迎接党的二十大胜利召开。