

响水县医疗救助引入保险机制实施方案

（征求意见稿）

为深入贯彻落实《盐城市人民政府办公室关于印发盐城市保险业高质量发展三年行动方案（2026—2028年）的通知》（盐政办发〔2026〕12号）精神，全面提升医疗救助经办质效和基金使用效益，计划从2027年起在医疗救助领域引入保险机制，制定如下实施方案。

一、工作目标

紧扣“基金安全高效使用、救助对象待遇不降、经办服务质效提升”核心目标，坚持政府主导、部门协同、精准监督、分步实施保障机制，依托保险机构专业化、**智能化经办能力**，着力解决我县医疗救助基金支出高速增长、经办管理人手不足、监管手段薄弱等问题，形成救助基金监管合力，提升救助基金使用质效。通过引入保险机制，2027年最低生活保障对象医疗救助基金一站式支出较试点前下降10%以上，**逐步将建档立卡低收入人口等群体纳入保障范围**，有效遏制过度诊疗、违规报销、异常就医等风险，形成可复制、可推广的医疗救助第三方经办管控模式，促进救助基金高效使用、保险业高质量发展。

二、主要任务

坚持“试点先行、稳步扩面、全面提质”的工作思路，自 2027 年 1 月起以最低生活保障对象为首批试点群体，逐步拓展至各类重点救助对象，重点健全风险共担、阶梯式激励约束、数智化经办管控体系，稳妥有序推进改革落地，全面提升医疗救助经办管理质效。

（一）建立风险共担与激励约束机制

坚持“基金安全共担、节约收益共享”导向，建立健全权责对等、奖惩分明的激励约束机制，压实保险机构风控主体责任，充分调动其履职积极性，精准防控基金运行风险。

1.超支风险分担。剔除政策调整、重大公共卫生事件、突发重大疾病救治等不可控因素导致的费用超支后，当年度最低生活保障对象医疗救助基金一站式支出超出核定承办保费（以上一年度最低生活保障对象医疗救助一站式支出为准），超支部分由承办保险机构承担 15%，剩余部分从县医疗救助基金列支。

2.节约奖励激励。建立分级奖励机制，根据年度基金节约成效差异化兑现奖励，奖励经费由县财政专项保障，专项用于保险机构经办服务、人员保障、系统运维、数智化升级等工作支出。因政策调整、救助对象自然减员等因素导致的基金结余单独核算、不计入机构奖励基数。结余资金全额上缴县财政。具体阶梯奖励

标准如下：年度救助支出较核定保费净节约达 5% 的，按节约部分的 20% 给予奖励；年度救助支出较核定保费净节约 5%-10%（含 10%）的，按节约部分的 25% 给予奖励；年度救助支出较核定保费净节约 10% 以上的，按节约部分的 30% 给予最高奖励。年度保险存续期间产生的账户利息收入、无争议基金结余，全额上缴县财政部门。

（二）落实标准化、数智化经办服务举措

承办保险机构充分发挥专业经办和智能风控优势，积极参与试点人群医疗救助全流程经办服务，细化落实各项工作举措，持续提升经办规范化、智能化、精细化水平。

1.配齐专职经办力量。常态化配备 3 名及以上具备医保审核、财务核算、数据分析能力的专职人员，专门负责救助费用稽核、风险核查、日常经办等工作，确保专人专岗、履职到位。

2.做实基础台账管理。配合县医保局做好救助对象信息动态更新、归集核对，及时办理待遇增减、变更、终止等业务，健全完善救助对象基础台账，确保数据真实、准确、完整、实时。

3.规范费用结算支付。严格对照医疗救助政策标准，精准核算救助比例、封顶线等参数，依托医保信息系统及官方支付渠道，高效完成医疗救助费用支付，保障救助资金精准足额发放。

4.强化智能风险防控。深化“人工智能+医保经办”场景应用，搭建智能化风控体系，对单日高额报销、频繁就医、异地高频就医、异常重复报销等风险疑点及时预警、核查、协查、处置，依托大数据模型自动筛查，从源头防范基金流失风险。

5.优化政策宣传服务。常态化开展医疗救助政策宣传解读，面向救助对象和定点医药机构提供便捷、专业的咨询服务，及时回应群众关切，提升政策知晓率和群众满意度。

6.推进经办流程优化。结合日常经办实际，常态化梳理工作堵点难点，主动提出流程优化、效能提升、风险防控等合理化建议，持续完善医疗救助经办管理体系。

（三）分步骤引入保险机制

积极稳步推进医疗救助领域引入保险机制，确保各项工作稳妥落地、闭环见效。

1.方案筹备阶段（2026 年 10 月底前）

立足我县医疗救助基金运行实际，借鉴射阳县及省内先进地区第三方经办成熟经验，深入调研论证、科学研判风险，制定我县引入保险机制实施方案，明确实施内容、权责分工、风险分担、经费保障等内容，提请县政府研究实施。

2.择优招标阶段（2026 年 12 月底前）

严格依据政府采购相关规定，依法依规开展保险机构公开招
标工作，围绕机构资质、经办能力、智能风控、大数据分析、医
保从业经验等核心维度设置评审标准，**将数智化系统搭建、智能
风控场景落地、大数据分析应用、AI 预警处置成效纳入加分项**，
择优确定合作主体，招标接受保险机构独立投标或组建联合体（共
保体）联合投标，县医保局全程负责招标组织、合同签订、业务
指导和履约监管。

3.试点运行阶段（2027 年 1 月—2027 年 12 月）

全面开展最低生活保障对象医疗救助经办试点工作，覆盖费
用稽核、结算支付、风险监控、台账管理、政策服务等全流程业
务，着力破解基金低效使用、县外就医管控难、违规报销多发等
问题，总结提炼标准化、可复制的经办管控模式，扎实做好试点
阶段性评估。

4.扩面提升阶段（试点评估达标后 12 个月）

试点评估达标后，启动扩面提质工作，逐步将特困人员、低
保边缘家庭成员、享受生活补贴的重度残疾人等重点救助对象全
部纳入保险经办范围，同步优化风控规则、预警模型和服务标准，
健全全流程经办管控机制，全面提升我县医疗救助基金治理效能。

三、保障措施

（一）强化组织领导，压实工作责任。建立定期调度机制，由县政府分管领导牵头，县医保局、财政局、卫健委、承办保险机构以及镇区负责人参与，定期研究推进试点改革、矛盾调处、督导考核、问题处置等工作，细化工作举措，层层压实责任，确保各项任务落地见效。

（二）强化部门协同，健全监管体系。构建“部门联动、属地兜底、机构履职、全程溯源”的协同监管体系，实现经办服务和基金运行闭环管控。县医保局牵头负责第三方机构业务指导、日常监管和履约考核；县财政局负责基金预算保障、保费及时拨付和运行监测，常态化排查收支异常风险，守住基金安全底线；县卫健委负责定点医疗机构监管，严厉查处过度诊疗、违规收费等行为，从源头压降不合理支出；各镇区落实属地监管责任，做好救助对象申报、救助政策宣传和违规问题协助处置工作。

（三）强化考核督导，严格结果运用。建立“日常调度、专项督查、年度考评、结果运用”全链条考核机制，围绕人员配置、费用稽核、风险预警、基金管控、服务质效、数据安全等重点内容，对保险机构实行常态化动态考核，**保险机构发现违规问题，及时移交医保部门处理。**县医保局牵头定期开展调度检查和年度考评，全面核查各方履职情况。考核结果作为机构续约、评优、

奖惩、追责的重要依据，对履职不力、造成基金损失的，依规追责、终止合作。

响水县医疗保障局
2026 年 10 月 16 日