

莆田市“十四五”全民医疗保障专项规划

目 录

前 言	5
第一章 发展基础	6
第一节 发展现状	6
第二节 发展趋势	12
第二章 总体要求	14
第一节 指导思想	14
第二节 基本原则	15
第三节 发展目标	16
第三章 健全多层次的医疗保障制度体系	19
第一节 提升基本医保参保质量	19
第二节 完善基本医保待遇保障机制	20
第三节 优化医保基金筹资运行机制	23
第四节 鼓励商业健康保险发展	24
第五节 探索实施长期护理保险制度	25
第四章 优化医疗保障协同治理体系	26
第一节 优化医疗保障支付机制	26
第二节 完善医药价格形成机制	28
第三节 助力医药服务供给体系高质量发展	29
第四节 健全严密有力的基金监管体制	30

第五章 构建牢固的医疗保障服务支撑体系	33
第一节 优化医疗保障经办服务	33
第二节 强化法制支撑	36
第三节 推进医保安全发展	37
第四节 健全医保标准化体系	38
第五节 推进智慧医保建设	38
第六节 强化医保人才支撑	40
第六章 措施保障	41
第一节 强化组织领导	41
第二节 加大资金支持	41
第三节 加强监督评价	41
第四节 营造良好氛围	42

前 言

医疗保障是重大的民生工程、民心工程，涉及到千家万户。习近平总书记提出：要完善统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度，全面建立中国特色医疗保障制度，要坚持应保尽保原则，健全统筹城乡、可持续的基本医疗保险制度。为实现一个全民享有、公平适度、法治规范、高效便捷、协同联动的医疗保障制度，依据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》《福建省人民政府办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障专项规划的通知》《莆田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》，制定《莆田市“十四五”全民医疗保障专项规划》。本规划明确“十四五”时期莆田市医疗保障发展的指导思想、主要目标、工作任务和保障措施，是“十四五”时期全市医疗保障工作的重要指南，是指导未来五年莆田市医疗保障事业发展的纲领性文件。

本规划基期为 2020 年，规划期为 2021-2025 年，由莆田市医疗保障局牵头组织实施。

第一章 发展基础

第一节 发展现状

“十三五”时期，在市委、市政府的领导下，我市医保部门深入贯彻习近平总书记关于医保工作系列重要讲话重要指示批示精神，全面深化医保体制机制改革，多项工作取得一定的成绩，人民群众的医保水平得到显著提升。

一、医保改革有序推进

完成医保管理体制改革。一是医保编制整合。整合人社、卫健、物价、商务、财政、民政等6个部门的医保基金管理、药械采购、医疗服务定价和医疗救助等职能，挂牌成立市医疗保障管理局，理顺、优化了医疗保障管理体制。二是医保制度整合。实现了职工基本医疗保险、城镇居民医保、新型农村合作医疗“三保合一”管理体制，完成了城乡居民医保覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理和基金管理“六统一”。三是医保基金整合。实现了对职工基本医疗保险基金、城乡居民基本医疗保险基金、城乡居民医疗救助基金在内的全市医疗保障基金市级统筹管理。自2017年7月1日起，莆田市医保、生育、医疗救助等医疗保障基金由市医保中心统一管理、统一结算、统一结转、实时报帐。四是两险合并实施。推进职工医保和生育保险合并实施，统一参保登记，统一基金征缴管理，统一医保服务，统一经办和信息服务。

推进药械阳光采购，腾空间、调结构。一是开展药品联合限价阳光采购工作，将医保支付结算价与药品采购紧密衔接，进一步降低了药价。设立短缺药品预警监测哨点，加强药品配备监测。二是进一步深化药品集中带量采购制度改革，坚持招采合一、量价挂钩，全面落实国家和省药品集中采购和使用工作制度，促进三医联动，放大改革效应，更好推动解决群众看病就医问题。三是有序推进医疗器械（医用耗材）阳光采购结果全省共享和省医用耗材集中带量采购工作。四是调整和规范医疗服务价格。2017年至2021年医疗服务项目共新增105项、取消33项；医疗服务项目收费标准共调增866项、调减415项；规范医疗服务项目内涵说明等522项；核定二级及以下医疗机构未定收费标准项目约1400项，优化医疗服务收费结构和比价。

全面推进医保支付方式改革。一是在总额控制的基础上，实行了按床日付费、按人头付费等多元复合式支付方式。二是在全市二级及以上公立医疗机构推行按病种收付费改革，让群众明明白白消费，激发医院合理控费内生动力。全市纳入按病种收付费管理的病种数累计达到561种。三是积极推进县域紧密型医共体建设，对县域紧密型医共体实行医保基金打包支付。

改革完善职工医保个人账户。实行职工医保个人账户家庭共济，共济账户资金可用于支付本人及其指定的子女、配偶等直系亲属在定点医药机构就诊、购药、健康体检以及购买大病补充健康保险等规定的医保费用，实现家庭成员之间的互助共济，提高

个人账户资金使用绩效。

二、医保待遇稳步提升

“十三五”期间，在各方面提升了医保补偿力度，努力破解群众“看病贵”问题。

医保保障水平提高。2020年职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险政策范围内住院费用报销比例分别达到83.87%和60.49%。

提高普通门诊报销待遇。提高基本医保基金在基层医疗机构支出比例。乡镇卫生院（社区卫生服务中心）普通门诊不设起付线，按照60%予以报销，单次封顶线从25元提高到35元；医保定点村卫生所（服务站）报销比例从40%提高到50%，单次封顶线从15元提高到30元，年度封顶线从50元提高到80元。

提高居民医保财政补助。2020年各级财政对城乡居民基本医保补助标准为550元/人，比“十二五”末期增加170元。新增财政补助资金重点向贫困人口和大病保险倾斜，重点救助对象符合规定的门诊慢特病和住院费用医疗救助后报销比例达到85.39%。

三、医保扶贫力度加大

实施医保扶贫三年行动计划，在《福建省精准扶贫医疗叠加保险方案》基础上实现三大突破，对全市建档立卡贫困人口实行市级精准扶贫医疗综合补助政策，加大医保扶贫力度。一是扩大补助病种。将精准扶贫补助病种扩大到所有基本医疗保险基金可

支付的病种。二是扩大救治范围。建档立卡贫困人口救治医院范围扩大为县(区)级及以上公立医院和大病专项救治省级定点医院。三是提高补助比例。建档立卡贫困患者的医疗费用,经基本医疗保险、大病保险、医疗救助和省精准扶贫医疗叠加保险报销后,个人负担部分(包括医保“目录外”医疗费用),再由市精准扶贫医疗综合补助资金予以补助至95%。四是对参加城乡居民医保的贫困人口、低保对象、特困供养人员大病起付线降为普通参保群众的50%,支付比例提高5个百分点。

四、减税降费有序调整

阶段性下调职工医保缴费费率。从2016年3月起至2022年,连续6年多阶段性下调职工医保缴费费率。单位缴费费率从7.3%下调为6%,个人缴费费率2%保持不变,6年约为企业减负7.8亿元。

阶段性“减免缓”职工医保费。2020年2月份在疫情防控期间,为减轻企业负担,支持企业复工复产,将参保企业缴纳的职工基本医疗保险单位缴费率降至5%,生育保险费率降至0.35%,5个月为企业减负近9000万元;中小微企业可申请缓缴医疗保险费,缓缴期间免收企业滞纳金。

五、疫情防控保障有力

完善重大疫情医疗保障机制,对确诊和疑似新冠肺炎患者免费救治,费用由医保和财政综合保障,确保患者放心就医;预付医保基金保障“先救治、后付费”,确保医疗机构放心救治;及时

调整医保待遇政策，将核酸检测项目纳入住院报销范围；积极做好药品耗材采购，保障药品耗材供应，满足临床救治需要；全力支持企业复工复产，实行阶段性减征职工医疗保险费，并对生产经营困难的中小微企业实行缓缴政策。

六、医保服务体系完善

医保业务“一窗办”。全省首家在市、县、乡三级医保窗口同步将城镇职工医保、城乡居民医保等相关业务合并到一个窗口办理，实现全市医保业务跨层级、跨区域“一窗通办”。推进了“互联网+医保”，减少40%的申报材料，缩短办理时限30%以上。

异地就医“建系统”。持续加强医保信息化建设力度，开通网上异地就医备案功能，全市跨省异地联网定点医疗机构达91家。

药品购买“自主选”。主导建设电子处方流转共享平台，“十三五”期间在秀屿区医院开展药品购买“自主选”试点工作。选择用于治疗高血压、糖尿病的15种常用药作为试点药品，让参保患者能自主选择到院外试点药店购买处方药。同时，全省首家建立电子处方药品追溯监管机制，通过刷卡、扫描取药码、药品追溯码对电子处方药品进行三重认证，既保障群众用药安全，又有效规避药店“换购”药品行为。

台胞报销“一站结”。建成大陆首个台胞医保服务中心，为在莆就诊台胞提供医疗费用“一站式”报销服务，让广大台胞享受和大陆同胞同等便捷的健康医疗保障服务。

社会力量“办服务”。全省率先引入社会力量参与经办服务，

并在全市 16 家人流量较大的医院设立驻医院医保服务站。将符合定点准入条件的社区卫生服务中心及时纳入医保定点范围，推进“党建+”社区邻里中心工作。

看病报销“乡村享”。在钟山、度尾、南日等 11 个边远山区、海岛乡镇设立城乡居民医保窗口，并把全市 833 个村卫生所纳入医保定点（至 2020 年底），实现“村村通或就近通”保障群众就近就医和医保即时报销。

医保业务“线上办”。全省唯一一家设立医保服务平台 968112，接受群众的业务咨询、投诉举报和跨省异地就医电话备案。扩展“互联网+医疗保障”服务内容，开展医保电子凭证和移动支付工作。群众可通过医保电子凭证，扫码就医购药，实现无卡就诊支付。

七、基金监管能力提高

通过线上智能审核与现场稽核相结合的方式，对定点医药机构实行违规扣分量化管理模式，全方位实施医保监管。

医保监管全方位。对所有定点医药机构每年不少于 2 次的现场检查，对发生违规行为较多的定点医药机构重点跟踪检查。在全市二级及以上定点医院设置医保驻院服务站，稽核人员不定时进行参保住院人员核实，确认在院参保患者身份信息、住院情况的真实性，并通过查阅病历、核实用药、辅助检查等方式，核实诊疗项目的合理性，发现问题及时上报处理。

实行量化管理。对定点医疗机构违规行为实行累计计分管

理，根据当年度违规累计扣分情况，视情作出中止或解除定点协议、追回违规医疗费用、扣减对应比例的医保服务保证金等处理。列入全省医保管理系统“黑名单”或属于违法犯罪行为的，一次性扣 40 分，解除医保定点协议，且 3 年内不受理其重新定点申请；对涉嫌违法犯罪的定点医疗机构，移送司法机关依法追究刑事责任。借鉴机动车违章记分模式，采取“12 分制”对定点零售药店实施违规记分管理，对达到 12 分的定点药店取消其定点资格。

推进医保智能稽核。开发医保智能稽核软件，每月定期对医疗费用实时智能分析，结合现场稽核强化事中监控和事后审核，确保医保基金安全。

第二节 发展趋势

一、“十四五”医保事业发展趋势

“十四五”期间，是深化医疗保障制度改革，推动医疗保障制度体系走向成熟稳定的重要时期。当前，我国社会主要矛盾发生变化，城镇化、人口老龄化、就业方式多样化加快发展，疾病谱变化影响更加复杂，基金运行风险不容忽视，对完善医疗保障制度政策提出更高要求。同时，我国医疗保障发展仍不平衡不充分，多层次医疗保障体系尚不健全，重特大疾病保障能力仍有不足，医保、医疗、医药改革协同性需进一步增强，医保基金支付能力与群众日益增长的健康需求存在差距。但是，我国制度优势显著，治理效能稳步提升，经济长期向好，医疗保障制度框架基本形成，管理服务日趋精细，医疗保障改革共识不断凝聚，将不断推动医

疗保障高质量发展。

“十四五”期间，我国会逐渐统一全国医保用药范围，减少治理的碎片化，降低管理成本，提高药品质量和产业竞争力。逐步实现医保药品（含医用材料和设备等）目录的动态管理机制。将全面实现基本医疗保险市地级统筹，以市级统筹为基础，实行职工基本医保基金省级统筹调剂制度，合理均衡地区间基金负担。将探索罕见病用药保障机制。国家组织药品集中采购，坚持“三医联动”，加大对药品的监督检查和不良反应抽查监测力度。

“十四五”期间，医保经办服务提质增效，实现“掌上办”，全面实现省内基本医保、大病保险、医疗救助、异地就医“一站式”结算。构建起安全高效智慧的医保平台，医保电子凭证将全省普及。医保智能审核系统将通过信息化手段有效地起到提高审核结算效率、规范诊疗行为、控制不合理医疗费用、医保管理信息化等作用。

二、“十四五”医保事业发展面临新挑战

医保基金收支平衡压力较大。受经济形势、新冠疫情的影响，连年减税降费，医保基金征收压力逐年增大；同时受定点医药机构数量剧增、人口老龄化等因素影响，医疗费用增幅高于医保基金收入增幅，医保基金的支出问题愈加突出，医保基金收支平衡压力较大。

医疗保障水平有待提高。城乡居民医保筹资水平偏低，医保基金支付能力有限，而人民群众健康需求日益增长，医保待遇水

平与群众期待仍有差距。

群众健康需求多元化。随着社会经济的发展、医疗技术的进步，群众的健康需求不断释放，群众对健康期望和健康标准进一步提高，呈现需求的多样性和多元化，对医保工作提出了更高的要求，多层次医保体系亟待健全。

基金监管有待加强。医保基金监管对象点多面广量大，定点医药机构骗保手段隐蔽。部分定点医疗机构通过挂床住院、诱导住院、套高收费、串换药品、耗材和诊疗项目等行为套取医保基金，定点零售药店串换药品食品等违规违法行为，直接造成医保基金流失；医保监管队伍与医生的医疗医药知识严重不对称，造成取证难、定性难，医保基金监管面临严峻挑战。

第二章 总体要求

第一节 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、十九届历次全会精神，以及习近平总书记来闽考察期间对我省医改作出重要指示精神，按照党中央、国务院深化医疗保障制度改革的决策部署，及省委、省政府，市委、市政府深化医疗、医保、医药“三医联动”改革的要求，坚持以人民为中心的发展理念，深入实施健康莆田行动计划，以体制机制创新为动力，发挥医保基金战略性购买作用，加快建成覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次医疗保障体系，推进医疗保障和医药

服务改革高质量协同发展，为人民群众提供周到、便捷、高效的医疗保障，促进健康莆田建设，提升人民群众的获得感、幸福感、安全感。

第二节 基本原则

——**坚持党的全面领导**。始终坚持党对医保工作的领导，发展和完善中国特色医保制度，深刻把握新时代医保工作新要求，不断推进医保的法治化、标准化、社会化、智能化 and 专业化进程，不断提升医保治理能力和医保服务水平，推动医疗保障工作高质量发展。

——**坚持以人民健康为中心**。践行全心全意为人民服务的根本宗旨，把保障人民的生命安全和身体健康放在首位，深入实施健康莆田行动计划，实施更加系统、更加高效、更高质量的医疗保障，实现好、维护好、发展好最广大人民的健康权益。

——**坚持保障基本、更可持续**。坚持实事求是、尽力而为、量力而行，科学合理确定保障范围和标准，保障基本医疗服务需求，防止过度保障和保障不足问题，提高基本医保基金共济能力，防范和化解基金运行风险，确保制度可持续，基金可支撑。

——**坚持系统集成、协同高效**。坚持系统观念，改革创新、提质增效。统筹推进存量改革、优化增量、精细管理和提升服务，加强大数据治理和政策集成，增强医保、医疗、医药“三医联动”改革的整体性、系统性、协同性，提高医保基金使用效率。

——**坚持精细管理、优质服务。**深入推进医保领域“放管服”改革，加强管理服务能力建设，优化定点医药机构管理，实施更有效率的医保支付，健全基金监管长效体制机制。提供高质量、有效率的优质服务，提升群众获得感、幸福感。

——**坚持共享共治、多方参与。**充分发挥政府、社会力量的作用，鼓励商业健康保险发展，促进多层次医保有序衔接。强化部门联动，调动各方面积极性，形成政府、市场、社会协同保障的格局，提高医疗保障治理水平。

第三节 发展目标

综合考虑莆田市经济社会发展和医疗保障发展条件，到2025年，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，努力实现以下主要目标：

——**建设公平医保。**基本医保更加规范统一，各方责任更加均衡，待遇保障公平适度，保障范围和标准与经济发展水平更加适应，基本医保参保率稳中有升，制度间、人群间差距逐步缩小。医疗保障待遇清单制度有序实施，住院保障水平稳中有升，门诊共济保障能力明显提升，医保公共服务体系更加健全，让人民群众共享改革发展成果。

——**建设法治医保。**医保法治体系建设不断完善，医保制度政策体系进一步健全，法定化程度明显提升，基金监管制度体系

更加完善，单位和个人依法参保缴费，行政执法更加规范。实现医保基金监管法治化、专业化、规范化、常态化。全社会医保法治观念明显加强。

——**建设安全医保。**基金运行安全稳健，群众安全感得到提升，医保信息平台安全运行，防范和化解因病致贫返贫长效机制基本建立，重大疫情医疗救治费用保障功能持续增强，为突发公共卫生应急事件医疗救治提供有力保障，医疗保障安全网更加密实。

——**建设智慧医保。**医保管理服务信息化、数字化、智能化水平显著提升，医保电子凭证普遍推广，智能监控全面应用，线上服务方式和线下服务方式共同发展，医保电子凭证普遍推广，就医结算更加便捷，医保治理现代化支撑能力显著提升。

——**建设协同医保。**基本医保、大病保险、医疗救助等多层次医保制度衔接协同，贫困人口参保缴费有资助、待遇支付有倾斜、基本保障有边界、管理服务更便捷。以市场为主导的医药价格和采购机制更加完善，医疗服务价格调整更加灵敏有度，结构更加科学合理，医保和医药服务高质量协同发展。

莆田市“十四五”医保主要指标与预期目标

指标名称	2020年 指标值	2025年预期 指标值	牵头 单位	指标 属性
------	--------------	----------------	----------	----------

基本医保参保率	95%以上	96%以上	市医保局、市税务局	约束性
基本医保(含生育保险)基金收入	36.43亿元	收入规模与经济社会发展水平更加适应	市医保局、市税务局	预期性
基本医保(含生育保险)基金支出	32.66亿元	支出规模与经济社会发展水平、群众基本医疗需求更加适应	市医保局	预期性
职工医保政策范围内住院费用基金支付比例	83.87%	86%左右	市医保局	约束性
城乡居民医保政策范围内住院费用基金支付比例(含大病保险)	60.49%	70%左右	市医保局	约束性
重点救助对象符合规定的门诊慢特病和住院救助比例	-	70%左右	市医保局	预期性
实行按病种分值付费的住院费用占全部住院费用的比例	-	70%以上	市医保局	预期性
公立医疗机构通过省药械阳光采购平台线上采购药品金额占全部采购药品(不含中药饮片)金额的比例	90%	95%以上	市医保局、市卫健委	预期性
公立医疗机构通过省药械阳光采购平台线上采购高值医用耗材金额占全部采购高值医用耗材	80%	85%以上	市医保局、市卫健委	预期性

金额的比例				
药品集中带量采购品种	国家和省级药品125个	国家和省要求集中带量采购药品数量500个以上	市医保局、市卫健委	预期性
高值医用耗材集中带量采购品种	5类	10类以上	市医保局、市卫健委	预期性
医保政务服务事项线上可办率	50%	80%以上	市医保局	预期性
医保政务服务事项窗口可办率	100%	100%	市医保局	约束性
住院费用跨省结算率	49.03%	70%以上	市医保局	预期性

展望 2035 年，基本医保制度更加成熟规范，多层次医保体系更加完善，医保基金运行更加高效，管理服务更加智能，医保、医疗、医药协同治理格局总体形成，中国特色医疗保障制度的优势充分体现，全民医疗保障向全民健康保障积极迈进。

第三章 健全多层次的医疗保障制度体系

第一节 提升基本医保参保质量

依法依规分类参保。积极实施基本医疗保险全民参保计划，职工基本医疗保险覆盖用人单位及其职工，城乡居民基本医疗保

险覆盖除职工基本医疗保险应参保人员以外的其他所有城乡居民。灵活就业人员可根据自身实际，选择以个人身份参加基本医疗保险。将非本地户籍灵活就业人员纳入参保范围。落实符合条件的困难群众分类资助参保政策。

优化提升参保结构。建立健全覆盖全民的参保数据库，实现参保信息实时动态查询。由医保局牵头，推进与公安、民政、人社、住建、卫健、教育、司法、市场监管、税务、乡村振兴、残联等部门的信息共享机制，及时掌握新生儿、新就业人员和新常住人口、在押犯人及死亡人员等人员信息，避免重复参保，提升参保质量。全市基本医保参保覆盖率要达到96%以上。

优化参保缴费服务。深化医疗保险费征缴体制改革，根据国家和省部署，全面实施单位自主申报缴费。优化城乡居民参保缴费服务，适应人口流动和就业转换需要，做好跨统筹地区参保人员基本医保关系转移接续工作。积极发挥乡镇（街道）在参保征缴中的作用，提升参保缴费服务便利性。推广“医保税银”等三方“线上+线下”合作，丰富参保缴费便民渠道。

第二节 完善基本医保待遇保障机制

促进基本医疗保险待遇公平统一。坚持基本医保保基本定位，职工医保与居民医保分类保障，基金分别建账、分账核算。贯彻执行国家统一医保药品目录和医保支付政策确定办法。严格落实医疗保障待遇清单制度，促进医疗保障制度法定化、决策科

学化、管理规范化，防范过度保障和保障不足问题。

合理确定基本医疗保险待遇保障水平。根据我市经济社会发展水平和基金承受能力，做好门诊和住院待遇政策衔接，稳步提升基本医保保障水平。健全职工基本医保门诊共济保障机制，规范门诊特殊病种用药和病种范围，完善个人账户计入办法，进一步拓展个人账户功能，扩大家庭共济覆盖面，提高个人账户资金使用绩效。完善城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制。健全与经济发展、筹资能力相衔接的待遇保障动态调整机制，补齐城乡居民基本医保短板。

规范补充医疗保险。完善和规范城乡居民大病保险制度，加强与基本医疗保险和医疗救助制度衔接，提高保障能力。研究规范职工大额医疗费用补助等补充医疗保险。稳步提高重大疾病患者保障水平，合力防范因病致贫返贫风险。

完善统一规范的医疗救助制度。按照国家、省医保局统一部署，进一步巩固拓展医保脱贫攻坚成果与乡村振兴的有效衔接，健全统一规范的医疗救助制度，将符合条件的困难群众纳入医疗救助范围。落实好医疗救助资助参保政策，资助特困人员、低保对象等困难群众参加我市城乡居民基本医疗保险。根据经济社会发展、人民健康需要、基金支撑能力，合理确定救助比例和年度医疗救助限额，对救助对象在定点医药机构发生的住院费用、因慢性病需要长期服药或因重特大疾病需门诊治疗的费用按规定

给予救助，对特困人员、低保对象、返贫致贫人口符合规定的医疗费用，在年度救助限额内按照不低于 70%的比例给予救助。健全重特大疾病医疗保险和救助制度，强化高额医疗费用支出预警监测。积极引导慈善组织等社会力量参与救助保障，促进医疗救助与其他救助制度衔接。

有效衔接乡村振兴战略。巩固医疗保障脱贫攻坚成果，统筹完善基本医保、大病保险、医疗救助三重制度保障，推进现行医保扶贫政策平稳融入医疗救助体系。分类优化医疗保障综合救助政策，治理过度保障，健全防范化解因病返贫致贫长效机制。推进医保和医疗服务高质量协同发展，整体提升城乡医保和健康管理水平。

健全重大疫情医疗保障机制。在突发疫情等紧急情况时，实行医保基金应急预付制度，及时预付医保基金给医疗机构，确保定点救治医疗机构先救治、后付费。健全重大疫情医疗救治医保支付政策，完善异地就医直接刷卡结算制度，确保患者不因费用问题影响就医。落实国家、省重大疫情对特殊群体、特定疾病医药费豁免制度，有针对性的免除医保目录、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。

完善生育保险保障措施。积极贯彻应对人口老龄化战略，继续做好生育保险对参保女职工生育医疗费用、生育津贴等待遇的保障，继续做好城乡居民医保参保人员生育医疗费用待遇保障。在降低生育成本的基础上，提高生育保险与职工基本医疗保险合

并实施成效。

专栏 1 重大疾病保障工程

1. 依托国家医疗保障信息平台，按照《国家医疗保障局关于加强网络安全和数据保护工作的指导意见》，在确保参保人员数据信息安全的前提下，建立救助对象及时精准识别机制，加强部门协同，做好各类困难群众身份信息共享，及时将符合条件的人员纳入医疗救助范围。

2. 健全防范化解因病致贫返贫的长效机制，强化高额医疗费用支出预警监测，依申请落实综合保障政策。

3. 引导实施合理诊疗，促进有序就医，严控不合理医疗费用。

4. 实施城乡居民基本医保待遇提升工程。优化个人缴费和政府补助结构，缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩。健全与经济发展、筹资能力相衔接的待遇保障动态调整机制，补齐城乡居民基本医保短板。

5. 健全引导社会力量参与机制，鼓励商业健康保险和医疗救助有序发展，促进慈善医疗救助发展。

第三节 优化医保基金筹资运行机制

完善多元筹资和调整机制。均衡个人、用人单位和政府三方筹资责任。适应新业态发展需要，探索将城乡居民医保缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩。合理确定城乡居民医保政府补助标准，优化个人缴费和政府补助结构。优化职工基本医保基金中统筹基金和个人账户结构，提高统筹基金比重。按照国家、省统一部署，城乡居民医保筹资标准达到全国平均水平并接近华东地区平均水平。研究应对人口老龄化医疗负担的多渠

道筹资政策。加大医疗救助财政投入力度，鼓励社会捐赠、彩票公益金等多渠道筹资。

巩固提高统筹层次。按照参保范围、筹资标准、待遇水平、基金管理、经办服务、信息管理“六统一”的标准，巩固基本医疗保险市级统筹成果。配合省医保局推进职工医保基金省级统筹，落实省级与地方的监管责任。

提高基金运行绩效。坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，科学编制医保基金收支预算，提高基金预算编制科学化、规范化水平。加强预算执行监督，实施预算绩效管理。加强对医疗费用增长、群众负担水平变化监测评价，及时预警。加强基金中长期精算，建立健全基金收支平衡和运行风险评估预警机制。

第四节 鼓励商业健康保险发展

鼓励商业健康保险产品创新。鼓励商业保险机构加强产品创新，提供包括医疗、康复、照护、生育等多领域的综合性健康保险产品和服务，鼓励将医疗新技术、新药品、新器械应用和中医药服务纳入商业健康保险保障范围，满足群众多层次和多样化的医疗保障需求。

完善商业健康保险支持政策。按照《国家医疗保障局关于加强网络安全和数据保护工作的指导意见》，在确保参保人员数据信息安全的前提下，为商业健康保险开发提供政策上的引导扶持和必要的技术支持，按规定探索推进保险机构商业健康保险信息

系统与医疗保障信息平台信息共享和“一站式”结算。

加强对商业健康保险的监督管理。规范商业保险机构承办大病保险业务，建立完善参与基本医保经办的商业保险机构绩效评价机制。加强市场行为监管，突出对健康保险产品的设计、销售、赔付等关键环节监管。建立信用管理协同机制，将医保定点医药机构发生的商业健康保险费用纳入信用管理体系。

专栏 2 支持商业医疗保险发展工程

- 1.发挥商业健康保险在健康保障领域的作用，鼓励商业健康保险产品创新。
- 2.支持开发与基本医保保障政策紧密衔接的普惠性、互补性、高保障性、可持续性的商业健康保险。
- 3.促进个人税收优惠型健康保险发展。

第五节 探索实施长期护理保险制度

探索实施长期护理保险制度。按照国家、省医保局统一部署，实施长期护理保险制度。综合考虑经济发展需求、筹资和保障需要。探索建立互助共济、责任共担的多渠道筹资机制。建立公平适度的待遇保障机制，根据不同护理等级、服务提供方式等实行差别化的待遇保障政策。鼓励商业保险积极参与长期护理保险建设，满足群众多元保障需求。在“十四五”期间力争建立比较完善的包括政府、社会、医保基金、个人、单位等多方参与的筹资机制，力争基本形成与我市经济社会发展水平和老龄化发展趋势相

适应的长期护理保险制度政策框架。

落实国家及省级制定的长期护理保险基本保障项目。做好与经济困难的高龄、失能老年人补贴以及重度残疾人护理补贴等政策的整合衔接。

完善管理服务机制。明确长期护理保险基本保障项目，探索适宜的支付方式。建立符合险种特点的经办服务体系，积极引入社会力量参与长期护理保险经办服务，充实经办力量。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。

第四章 优化医疗保障协同治理体系

第一节 优化医疗保障支付机制

健全医保药品支付保障机制。根据国家、省医保局统一规定，推进国家目录落地的信息化、标准化、规范化。按规定执行医保支付标准，以谈判药品、集中采购药品和高血压、糖尿病用药支付标准为切入点，逐步推动药品目录管理和支付标准相衔接，让更多患者用得起好药、用得上新药。

完善医保医用耗材管理。根据国家、省医保局统一部署，完善医用耗材医保支付标准，引导规范医疗服务行为，促进高值医用耗材合理使用。建立医保医用耗材信息维护、更新的常态化工作机制。

提升医疗服务项目管理水平。完善医保医疗服务项目范围管

理，明确医疗服务项目医保准入、支付、监管政策，规范医疗服务行为。建立科学、公正、透明的医疗服务项目准入和动态调整机制，促进医疗服务新技术有序发展。支持将符合条件的中医医疗服务项目按规定纳入医保支付范围。

深化医保支付方式改革。深入推进我市DIP国家试点改革工作，加快建立适应莆田实际的DIP支付方式改革政策体系和工作机制，加强运行情况监测和评估。统筹推进住院以按病种分值付费为主的多元复合支付方式改革。积极探索更好发挥中医药特色优势的中医优势病种付费支付方式。完善紧密型县域医共体医保基金打包支付政策，按照“结余留用、合理超支分担”的原则，引导激励紧密型县域医共体建设。

健全总额预算编制机制。平衡医保基金和医疗机构利益，构建多方利益趋同的新型服务供需格局。坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的总额预算编制原则，统筹考虑住院与门诊、药品（医用耗材）与医疗服务、统筹区内就医与转外就医等情况，完善分项预算机制。

专栏 3 医保支付方式改革工程

1. 医保基金总额预算管理。将点数法与总额预算管理相结合，逐步使用医保基金总额预算代替具体医疗机构总额控制。

2. 医保支付方式改革。推进医保总额预算管理、按病种分值付费（DIP）、按床日付费、按人头付费、按项目付费等多元复合式医保支付方式改革。

第二节 完善医药价格形成机制

积极推进药品和医用耗材集中带量采购和使用。完善与集中采购相配套的激励约束机制，推进中选产品优先使用、合理使用。推进医保基金与医药企业直接结算，完善医保待遇政策支付标准与集中采购价格协同机制，努力实现“政策可落地、药企可接受、医院可执行、患者可放心”的多方共赢局面。

建立规范有序的药品供应保障制度。完善药品耗材采购政策。实施以医保支付为基础的药品采购机制，继续全面落实跟进国家、省组织药品集中带量采购工作，落实医用耗材集中带量采购和货款统一结算支付工作，将医用耗材临床应用管理，纳入公立医疗机构绩效考核评价体系。加强药品耗材采购监管检查，督促医疗机构和配送企业做好药械采购和配送工作，保障药械的临床供应。执行全省统一制定的药品、医用耗材价格，建立药品、医用耗材价格信息监测和信息发布制度。

完善医疗服务价格动态调整机制。建立医疗服务价格动态调整触发机制，每年进行调价评估，达到启动条件的稳妥有序调整价格，支持公立医院优化收入结构。按省医保局统一部署推进医疗服务价格标准化、规范化和信息化建设，开展医疗服务价格与收费数据质控，推动医疗机构医疗服务成本数据监测共享，夯实医疗服务价格调整与改革的基础，提高医疗服务价格与收费治理的能力与水平。

完善药品和医用耗材价格治理机制。根据国家、省医保局统一部署，开展公立医疗机构药品和医用耗材采购价格信息监测，提升对药品和医用耗材价格异常变动的分析预警应对能力；强化药品和医用耗材价格常态化监管，实施全国医药价格监测工程，落实医药价格和招采信用评价制度，灵活运用成本调查、函询约谈、信用评价、信息披露、价格指数、挂网规则等管理工具，遏制药品和医用耗材价格虚高，促进医药产业健康发展。

第三节 助力医药服务供给体系高质量发展

健全医疗卫生服务体系。促进医疗卫生资源合理配置，健全全科和专科医疗服务分工合作的医疗服务体系，完善区域医疗卫生服务规划，支持国家和省级区域医疗中心建设，加快建设优质高效的医疗服务体系。支持公立医院高质量发展，健全考核体系，促进定点医药机构医疗服务行为规范、成本控制和行业自律，建立卫健、财政、审计、医保等部门联合监管机制。推进社会办医疗机构发展，扩大医疗资源有效供给。统筹加快补短板、强弱项，促进儿科、康复、护理、精神等薄弱学科发展。支持基层医疗机构发展和分级诊疗体系建设，强化家庭医生签约服务考核，完善签约服务费支付结算办法。鼓励日间手术等日间服务模式发展，提升公立医院服务效率。支持远程医疗服务，上门医疗服务等新模式新业态有序发展，促进人工智能等新技术的合理应用。

提高医药产品供应和安全保障能力。落实药械产品国家医保

编码标识在医保、卫生领域的衔接应用。全面跟进落实国家、省级、省际联盟药品集中带量采购中选结果，完善药品集中带量采购工作机制，督促配送企业严格履行中选药品供应保障责任。严格药品管理，加强药品追溯体系建设，保证药品安全。开展短缺药品监测预警工作，及时掌握医疗机构短缺药品信息。配合省医保局、省药采中心做好中标生产企业应急储备、库存和产能报告制度，保障集中采购药品供应，确保集中采购药品落地。支持药店连锁化、电商化发展，更好发挥药师的作用。

第四节 健全严密有力的基金监管体制

建立健全监督检查机制。加强基金监管能力建设。改革监管体制，健全执法机制，确保基金安全。将基金监管纳入防范化解重大风险内容。加强医保经办内控机构建设，落实协议管理、费用监控、稽查审核责任。贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》及其配套办法，依法监督管理纳入医保基金支付范围的医疗服务行为和医保基金。建立健全“双随机、一公开”检查机制，完善行政执法公示、执法全过程记录、重大执法决定法制审核三项制度，实现医保行政执法透明、规范、合法、公正。完善社会监督制度，通过政府购买服务，积极引入第三方监管力量，提高监管效能。建立信息披露制度，医疗保障经办机构定期向社会公布参加基本医疗保险情况以及基金收入、支出、结余和收益情况，接受社会监督。

创新医保基金智能监管。应用全省统一集中的智能监控系统，提升医保智能监管能力，加强大数据的监测与应用，积极探索将按病种分值付费等新型支付方式、“互联网+监督”等新模式纳入智能监控范围，实现智能审核全覆盖。建立医保部门与定点医药机构信息对接机制，加强定点医药机构医药费用监测，定期分析医疗机构医疗费用结构，强化事前提醒、事中预警、事后审核，实现基金监管全方位、全流程、全环节智能审核监控。

专栏 4 医保基金监管智能监控工程

- 1.适应医保支付改革与长期护理保险、商业健康保险发展的需要，不断完善基础信息库和临床指南等医学知识库，推动智能监控规则库建设，实现标准规则统一，线上线下一致，并动态更新。
- 2.开展药品、医用耗材进销存实时管理。
- 3.推广视频监控、生物特征识别等技术应用。
- 4.将异地就医、购药即时结算纳入智能监控范围。

完善医疗保障信用体系。充分运用全省医保信用信息管理系统，建立定点医药机构、医药企业、医保医师（药师、护师）和参保人员的医保信用分类管理机制，强化守信激励和失信约束。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。建立失信医药机构、医保医师（药师、护师）、参保人员约谈制度和信用修复机制，依法依规实施失信联合惩戒。

健全综合监管制度。适应医疗保障管理服务特点，建立并完善部门间相互配合、协同监管的综合监管制度。完善医保基金监管联席会议制度，推进部门联合执法、信息共享和互联互通，促进监管结果协同运用。加强与公安、纪检监察等部门沟通协调，建立健全打击欺诈骗保行刑、行纪衔接工作机制，确保涉嫌欺诈骗保违法违规案件及时移送公安、纪检监察等部门。

完善社会监督制度。广泛动员社会各界参与医疗保障基金监管，协同构建基金安全防线，促进形成社会监督的良好态势。健全欺诈骗保行为举报投诉机制，规范投诉举报受理、检查、处理、反馈等工作流程和制度，加强举报人隐私保护。健全要情报告制度，用好基金监管曝光台，做好医保基金监管典型案例的收集遴选和公开通报。医疗保障经办机构定期向社会公布参加基本医疗保险情况以及基金收入、支出、结余情况，接受社会监督。

专栏 5 医保基金监管全覆盖工程

1.系统监控全覆盖。以智能监控为依托，应用大数据手段，实现全方位、全环节、全流程、无死角监控。

2.现场检查全覆盖。健全常态化日常监管工作机制，“十四五”期间每年完成一轮全覆盖式现场监督检查，对辖区内全部定点医药机构开展检查。

3.飞行检查全覆盖。配合省医保部门，联合相关部门组织开展飞行检查。

4.社会监督全覆盖。畅通优化电话、网站、微信等举报渠道，完善

举报奖励机制，有效举报线索凡接必查，查实必奖。动员社会力量参与监管，强化社会监督员队伍建设。

5.监管责任全覆盖。健全完善基金监管执法体系，加强市、县（区）两级执法检查队伍建设。压实基层监管责任，合理调配基层监管力量。加强医保与卫健、公安、纪检监察、审计等部门的协同配合，构建监管合力。推进基金监管网格化管理，实现对每个定点医药机构都有专人负责监管。

第五章 构建牢固的医疗保障服务支撑体系

第一节 优化医疗保障经办服务

加强经办管理服务体系建设。完善经办管理制度，加快公共服务标准化、规范化建设，建立统一规范的医保公共服务和稽核监管标准体系。统一经办规程，规范服务标识、窗口设置、服务事项、服务流程、服务时限，推进标准化窗口和示范点建设。主动融入基层网格化管理服务大局，依托乡镇（街道）便民服务中心、村（社区）便民服务代办点，建立覆盖市、县（区）、乡镇（街道）、村（社区）的医保服务网络，通过购买服务等方式，设立专兼职服务人员，大力推进服务下沉，补齐基层医保公共管理服务能力配置短板，提高医保经办管理服务可及性。加强与有关部门对接协作，推进医疗保障信息平台与相关的网上政务服务平台、医疗机构信息平台、电子票据平台等业务相关平台的衔接，促进资源共享，完善医保业务线上办理体系。

提升医保公共服务质量。支持商业保险公司等参与医保经办管理服务。构建多种形式的医保公共管理服务平台，推进医保经办窗口标准化建设、医保在线公共服务平台建设、医保服务站建设，提供全市统一热线服务，探索实施医保服务“视频办”。巩固医保“全城通办”服务成效，推进高频政务服务事项“跨省通办”。深化医保服务“最多跑一趟”和“一件事”集成套餐服务改革，落实全省医保经办服务“五级十五同”，推动医保经办服务就近通办、一网通办、跨区域通办。

健全医保政务服务“好差评”制度。加快建立健全与医保发展相适应的医保政务服务评价标准体系和评价结果应用管理办法。聚集热点难点问题，优化明确便民服务措施，推进医保政务服务“好差评”制度落实。

完善异地就医直接结算服务。落实国家统一医保跨省异地就医直接结算管理政策，完善住院费用跨省直接结算，推进门诊费用跨省直接结算。优化异地就医服务，进一步简化异地就医备案手续，拓展线上线下多渠道备案方式，扩大线上服务范围，实现异地就医备案网上办理全覆盖，为异地就医直接结算创造便利条件。强化异地就医费用监管，实现异地就医人员就诊数据同本地参保就医人员统一监控。加强对重点医院的人工审核稽核力度。

专栏 6 推进医保政务服务事项跨省通办

1.落实医保关系转移接续、异地就医结算备案、门诊费用跨省直接结算、医保定点医疗机构基础信息变更、生育保险待遇核定与支付等高频政务服务事项跨省通办。

2.利用部门间数据共享，提升“跨省通办”数据共享支撑能力。

3.协助完善省级异地就医结算信息系统，推进异地就医备案、住院和门诊费用跨省市直接结算，手工零星报销线上线下一体化服务。

推进医保全流程数字化服务。推动人工智能、大数据、物联网、云计算、区块链等新技术在医保管理中的运用。鼓励发展诊间结算、床边结算、线上结算。依托医保诚信记录，落实先诊疗后付费，发展医保电子病历，推进医疗电子票据使用。探索建立慢性病互联网诊治、第三方药品配送上门等服务新模式。

加强医保定点管理。落实国家定点医药机构管理办法，完善基本医疗保险协议管理，简化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序。完善定点医药机构履行协议考核办法，突出行为规范、服务质量和费用控制考核评价，推动定点医药机构内部专业化、精细化管理，完善定点医药机构退出机制。将符合条件的各类医药机构纳入医保定点，支持“互联网+”医药服务等新业态医药服务发展，满足群众便捷化医药服务需求。

提高医保适老服务水平。加强医保经办服务大厅和窗口适老建设，合理配备服务网点，优化完善无障碍设施，开辟绿色通道，畅通为老年人代办的线下渠道。推进网上办事流程向提高适老性

转变，促使医保服务可以支持老年人享受智能化成果，更好融入智能社会。

专栏 7 医疗保障服务提升工程

1.医疗保障服务示范工程。按照国家医保管理服务窗口标准规范和示范窗口评定标准，积极争创示范窗口。

2.完善经办服务体系。建立覆盖市、县（区）、乡镇（街道）、村（社区）的医保服务网络，推进医保服务下沉乡镇（街道）、村（社区）。

3.医保政务服务提升工程。健全政务服务激励约束机制，及时公开政务服务情况、评价结果及整改情况等信息。

4.推进医保经办标准化建设。统一经办规程，规范服务标识、窗口设置、服务事项、服务流程、服务时限，推进标准化窗口建设。

5.提升数字化服务水平。利用“互联网+”技术，打造“掌上办事中心”“指尖上的医保服务中心”。推进医疗电子票据的使用，逐步实现手工医疗费用报销网上办理。

6.提升适老服务水平。合理布局服务网点，优化完善无障碍设施，保留传统服务，畅通为老年人代办的线下渠道，不断提升智能化服务水平，提供更多智能化适老服务。

第二节 强化法制支撑

依法管理医保。贯彻落实《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》及定点医药机构管理办法、药品价格管理办法、药品集中采购管理办法等法律、法规、规章，确保医保各项工作合法依规。

规范行政执法。加强行政规范性文件制定和监督管理。完善权责清单、执法事项清单、服务清单，执行国家医保行政执法程序规定，规范执法文书样式、行政执法指引，规范行政执法自由裁量权，维护基金安全，保护公民、法人和其他组织的合法权益。建立健全基金监管执法公示全过程记录、重大执法决定法审等制度，完善“双随机、一公开”检查机制。落实医保亮证执法要求，完善行政复议和行政诉讼案件处理工作机制，提高依法行政水平。

加强普法和培训。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。强化医保行政管理执法人员和执法人员业务培训，通过运用国家医保信息监控平台，增强医保行政管理和执法人员利用大数据等信息技术进行监管的能力，打造一支懂法、用法、守法的专业化队伍。

第三节 推进医保安全发展

强化基金管理。防范基金运行系统性风险，促进基金运行平衡，保持合理的基金结余水平，提高基金使用效率。建立健全基金运行管理考核指标体系和激励约束机制，全面开展基金运行评价。

确保数据安全。按照国家关于加强网络安全和数据保护工作相关文件要求，规范数据管理和应用。依法保护参保人员基本信息和数据安全，维护医保信息平台运行安全。

加强内部控制。建立健全流程控制、风险评估、运行监控、内部监督等内部控制工作机制，及时发现并有效防范化解医保服务中安全隐患，确保不发生重大安全问题。梳理经办环节风险点，建立系统内部监督制衡机制，强化责任追究，促进内控机制有效运行。

第四节 健全医保标准化体系

完善标准化工作基础。建立上下联动、部门合作、职责分明的标准化工作机制。推进医保、人社、卫健、银保监、药监等部门之间共建共治共享。强化标准实施与监督，形成制定标准、贯彻实施、监督评估、完善修订等各环节的良性循环，为定点医药机构提供明确的标准服务。

加强重点领域标准化工作。落实全省统一医保业务标准和技术标准，制定基础共性标准清单、管理工作标准清单、公共服务标准清单、评价监督标准清单，组建各类标准咨询专家团队，服务好广大参保人员与定点医药机构。

强化标准化工作管理。强化医保标准日常管理维护，完善落地应用长效机制。健全医保编码信息维护、审核、公示、发布的常态化工作机制，促进医保治理能力提升。

第五节 推进智慧医保建设

建设医保全面覆盖的业务网络。坚持“统一、高效、兼容、

便捷、安全”原则，按照国家统一标准，按照全省医保信息系统建设规划，贯彻落实国家医保局信息业务编码标准，完善医疗保障信息平台的建设，上线国家医保信息平台。

实现“互联网+医疗健康”医保管理服务。完善“互联网+医疗健康”医保服务定点协议管理，健全“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策，将医保管理服务延伸到“互联网+医疗健康”医疗行为，加强对“互联网+”医疗服务行为监管，形成比较完善的“互联网+医疗健康”医保政策体系、服务体系和评价体系。

打造医保信息安全技术体系。贯彻落实国家、省统一的核心业务标准和技术规范，基本建成智能管理、全面覆盖的网络体系，推进与政务信息网的互联互通、业务协同及数据共享。塑造技术先进、防护全面的安全体系。严格遵循三级等保 2.0 要求，逐步建设并落实省医保信息安全保障体系，积极响应“护网行动”，塑造医保安全服务体系，全面输出安全防范能力。推进分期过渡、深度应用的信创体系。积极响应“信息技术应用创新”战略，逐步深化信创产品在医保领域应用。

增强医保大数据协同治理能力。加强对医疗保障基础信息数据、结算数据、定点医药机构管理数据的采集、存储、清洗、使用，完善部门数据协同共享机制，探索多维度数据校验，提升精细化治理水平，提高医药资源配置效率。

- 1.按照“统一、高效、兼容、便捷、安全”原则，落实国家统一标准，上线国家医保信息平台。
- 2.建成智能管理、全面覆盖的网络体系，推进与政务信息网的互联互通、业务协同及数据共享。

第六节 强化医保人才支撑

强化政治引领。把政治标准和政治要求贯穿于医保人才队伍建设的全过程。加强各类人才的政治历练，强化政治担当，站稳政治立场，提升政治素质。

加强人才配置。根据参保人数和服务量等情况，统筹考虑编制和人员情况，积极推进市、县（区）、乡镇（街道）、村（社区）医保经办服务全覆盖。优化队伍结构，注重引进紧缺急需的高素质专业化人才，打造一支政治素质高、业务过硬的专业化医保管理队伍。加强医保管理人员专业技能培训，不断提升我市医保工作人员的专业素养。

坚持从严管理。抓好廉政建设，注重抓早抓小、防微杜渐，紧盯重要岗位、重点人员、重大任务，加强全方位教育管理。加强考核激励，建立体现医保领域不同职业、不同岗位和不同层次人才特点的评价机制和办法。搭建系统内双向挂职交流机制，加大优秀人员表彰奖励力度，激发队伍活力。

第六章 措施保障

第一节 强化组织领导

切实加强对于医保工作的组织领导，落实政府在制度、规划、筹资、服务和监管等方面的责任，把医保制度改革作为重要工作任务，结合实际制定切实可行的政策措施，健全工作机制，确保规划目标如期实现。建立部门协调机制，深化医疗、医保、医药“三医联动”改革，根据职责分工，各司其职，密切配合，加强衔接，共同推进医保规划实施。

第二节 加大资金支持

完善政府对医保投入政策，按照事权和支出责任相适应的原则，科学合理划分医保领域市与县（区）财政事权和支出责任，建立公平、合理、可持续的负担机制，确保对基本医保的补助及时足额到位。落实医保能力建设，由同级财政承担支出。

第三节 加强监督评价

加强对规划实施的定期评价，健全规划实施情况中期和终期评价制度，对规划实施进度和效果，采取部门自评和社会第三方评估相结合的综合评估和监督检查，及时发现实施中存在的问题，提出解决问题的对策和措施，推动规划顺利实施。中期评估，主要评价指标完成情况、重点项目推进情况，以及抓重点、补短

板贯彻落实情况；终期评估，对“十四五”医保规划实施结果进行总结。

第四节 营造良好氛围

做好医保规划的解读和宣传，及时回应社会关切，合理引导预期。运用多种媒介，采取多种方式，大力宣传医保政策及实施效果，积极营造医疗、医保、医药协同改革的良好氛围，做好政府信息公开和新闻发布，及时准确发布权威信息，引导社会舆论，增加各方共识，为深化医疗保障制度改革和本规划实施创造良好舆论环境。