**丽水市医疗保障事业发展**

**“十四五”规划**

（征求意见稿）

**2021年9月**

**目 录**

[一、规划背景 1](#_Toc81666342)

[（一）现实基础 1](#_Toc81666343)

[（二）发展环境 5](#_Toc81666344)

[二、总体要求 7](#_Toc81666345)

[（一）指导思想 7](#_Toc81666346)

[（二）基本原则 7](#_Toc81666347)

[（三）总体目标 9](#_Toc81666348)

[三、主要任务 11](#_Toc81666349)

[（一）健全多层次医疗保障制度体系 11](#_Toc81666350)

[（二）优化医疗保障运行机制 16](#_Toc81666351)

[（三）协同推进医药服务供给侧改革 17](#_Toc81666352)

[（四）优化医疗保障基金综合监管 20](#_Toc81666353)

[（五）深化医疗保障领域数字化改革 24](#_Toc81666354)

[（六）提高医疗保障依法治理水平 28](#_Toc81666355)

[四、保障措施 30](#_Toc81666356)

[（一）坚持党的组织领导，合理规划布局 30](#_Toc81666357)

[（二）完善资源投入保障，确保工作落实 30](#_Toc81666358)

[（三）强化医保数字化改革，保障精准高 31](#_Toc81666359)

[（四）推动部门协同联动，加强协作治理 31](#_Toc81666360)

[（五）加强宣传引导工作，营造良好氛围 32](#_Toc81666361)

[（六）防范医保风险漏洞，强化监测评估 32](#_Toc81666362)

丽水市医疗保障事业发展“十四五”规划

为深入贯彻十九大关于全面建立中国特色医疗保障制度的决策部署，落实党中央、国务院关于支持浙江高质量发展建设共同富裕示范区的决策部署，全面落实党中央、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《浙江省医疗保障事业发展“十四五”规划》和《丽水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》，制定本规划。

# 一、规划背景

## （一）现实基础

“十三五”以来，丽水市委市政府高度重视医疗保障工作，尤其是丽水市医保局组建以来，通过完善医保管理体制，健全制度体系，稳步提升待遇水平，提高经办服务能力，持续推动三医联动改革等一系列举措，推动医疗保障改革全面走向深化，促进了医保管理服务水平的提升和医保治理的现代化。

**——制度体系更趋健全。**统一全市职工医保和居民医保基本政策，初步建立“政策统一、待遇统一、经办统一、信息统一、征缴统一”市级统筹管理模式，基本医保户籍参保率超过99%，实现基本医保从“人人享有”迈向“人人公平享有”，积极谋划全面做实基本医保市级统筹。建立覆盖全民、全市统一大病保险制度，大病待遇水平逐年提升，保障范围逐步扩大，提升大病保险对高额费用的保障水平。认真落实“两不愁三保障”的有关要求，出台大病保险向困难人员倾斜政策，降低大病保险起付线，提高报销比率，取消困难人员的大病保险起付线。制定《丽水市医疗救助管理办法》，实现符合条件的困难群众资助参保率和救助政策落实率“两个百分百”，提高救助待遇水平，实现范围对象、待遇标准、基金管理、经办服务、信息系统“五个统一”，实行医疗救助“一站式”结算，切实减轻困难群众看病就医垫资负担。充分发挥政府和市场互补作用，在全国首创全民健康补充医疗保险制度（“浙丽保”），有效解决因病致贫、因病返贫难题，为完善多层次医疗保障体系提供了丽水经验和丽水模板。

**——待遇保障稳步提升。**完善医疗保障政策体系，持续扩大医保目录覆盖面，稳妥推进国家医保局的新版药品目录及谈判药品的落地实施。提高保障待遇、提升服务水平、加大技术支撑，全力抓好慢性病医疗保障省政府民生实事工作，提高慢性病人在基层医疗机构就医报销比率，扩大慢性病的保障范围，出台慢性病长处方和外配处方管理制度，推进慢性病服务向定点药店拓展。出台驻丽部队现役军人的医疗保障待遇政策，落实浙江省罕见病医疗保障政策。

**——三医改革持续深化。**稳步推进医保支付方式改革、医疗服务价格改革和药品耗材集中采购改革。出台《丽水市县域医共体支付方式改革方案》，推进总额预算下的复合型支付方式改革，完善城乡居民在不同等级医疗机构的差异化医保待遇。制定DRGs点数法付费结算细则，对住院医疗费用和住院医疗机构实行两个“全覆盖”，开展DRG改革综合评价工作；开展门诊医疗费用按人头付费改革，结合家庭医师签约制度，及时出台门诊按人头付费细则，在全市统一开展总额预算下的门诊按人头付费管理。施行《丽水市市级公立医院医疗服务价格调整方案》和《丽水市公立医院医疗服务价格改革方案》，通过降低大型医用设备检查治疗和检验价格、取消医用耗材加成、压缩不必要药品和医用耗材使用量、控制不必要检查检验腾出空间，上调技术劳务型医疗服务项目价格。印发《关于丽水市公立医疗机构医用耗材实行“零差率”销售的通知》，所有公立医疗机构医用耗材实行 “零差率”销售；积极做好国家组织三批集中带量采购药品、心脏冠脉支架和省集中带量采购人工髋关节、球囊的落地工作。从监测情况看，带量采购已为我市减少药品费用近1.8亿元。

**——经办服务提质增效。**创建 “雷锋式”医保服务品牌，以“雷锋式”医保服务理念引领，奋力打造“最便捷的医保经办城市”。制定出台《丽水“雷锋式”服务规范》《“雷锋式”医保服务进定点医药机构试点工作方案》等系列文件，推进服务标准化。在全市同步开展以“市-县-乡-村”服务网络为依托的“四位一体”经办体系建设，推进经办服务下沉，提升医保公共服务均等化和便捷度。全面改造和提升信息系统，积极探索诚信办理模式和容缺受理机制，大力推进医疗保障经办服务实现“网上办”“掌上办”“即时办”实现三个“百分百”，创新服务方式，推动经办服务信息化、便民化。“雷锋式”医保服务以地级市第一名的得分被评为全国医疗保障行风建设10大典型案例，入选国家局医疗保障系统行风建设资料汇编。

**——基金监管强化创新。**全面推动建设具有丽水特色的“机构监管，制度监管，智能监管，借力监管、信用监管，全民监管，震慑监管”七个监管体系的基金综合监管新模式，全面落实医保基金综合监管省级试点工作，印发实施方案，细化任务责任主体。全市所有县（市、区）全部增设医保监管机构。成立案件审核委员会，建立健全重大案件处理集体讨论决策的工作机制和经办机构内控管理制度，厘清医保行政监管和协议管理的关系。全面加强制度建设，相继出台了《丽水市基本医疗保险定点医药机构协议管理办法》、《丽水市基本医疗保险定点中小医药机构诚信记分管理办法（试行）》、《丽水市医疗保障局关于严格按规定移送涉嫌骗取医保资金犯罪案件的通知》等11个规范定点单位准入、定点单位管理、加强基金监管、涉嫌犯罪移送等相关制度、文件。全面实现中小定点医药机构视频监控审核，开发完成丽水市医保基金运行管理系统（一期），医保管理大数据分析平台基本建立。开展第三方经办服务机构自查自纠和考核评价工作，促进第三方机构规范服务。探索建立医保信用曝光平台，将医保失信机构、人员在局网站等平台进行曝光。

**——疫情防控有力应对。**在疫情防控工作启动后，第一时间印发政策文件，明确对因疫情接受治疗的参保人员实行综合保障，明确对中医治疗的政策支持。疫情期间全市医保系统共向定点医疗机构拨付疫情治疗预付资金合计5800万元，专项用于定点医疗机构抗疫支出；向定点医疗机构拨付医保周转金合计13948万元；对全市企业执行阶段性单位缴费减半征收政策。疫情期间开发线上医保结算功能，搭建“互联网医院+医保”服务平台，实现群众慢病就医购药全过程“不见面、不跑腿、不接触”；联系保险公司为全市在一线从事疫情防控工作的近15万名医务工作者、公安干警、社区工作者等“最美逆行者”提供免费人身保险；在复工复产阶段，为医保局联系企业、定点医药机构工作人员提供复工人身保险，共办理近5000人次。

## （二）发展环境

“十四五”期间是丽水市落实中央和浙江省高质量发展建设共同富裕示范区的关键时期，是把共同富裕融入医疗保障各项政策制度的战略时期，从而全面推动符合丽水特色医疗保障事业高质量发展，促进丽水医疗保障体系更加公平、更可持续、更有效率。中共中央、国务院发布的《关于深化医疗保障制度改革的意见》作为全面深化医疗保障制度改革的纲领性文件，为我市医疗保障的深化改革指明了方向、提供了基本依据。在数字化改革的背景下，大数据、区块链的发展创新了医保的管理方式、服务方式和行为方式，提高了医保的服务效率，也为我市医保经办能力的提高奠定了基础。随着丽水市医保改革的深入推进，将全面建立“政策统一、待遇统一、经办统一、信息统一、征缴统一、分担统一”的“六统一”市级统筹管理模式，全面做实基本医保市级统筹，实现基本医保基金市级统收统支。随着“浙丽保”的顺利开展，市场与社会力量日趋成熟，人民的风险与保险意识增强，为商业健康保险产品的供给和发展提供了良好的社会环境。

世界局势变化对国内经济发展的不确定影响加大。“十四五”时期，国际经济、科技、文化、安全、政治等格局都在发生深刻调整，当今世界正经历百年未有之大变局，保护主义、单边主义上升，世界经济低迷，新冠肺炎疫情全球大流行使这个大变局加速变化，世界进入动荡变革期。受全球经济大衰退和逆全球化影响，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。此外，信息技术的发展同时也带来数据安全的问题。如何在医疗保障与信息管理中把握好服务高效便捷与个人隐私安全的平衡，是未来医疗保障事业发展面临的一大难题。这为我市医疗保障事业的发展带来新的挑战。

人民日益增长的保障需求对医疗保障事业提出新要求。我国已进入高质量发展阶段，社会主要矛盾转化为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾，人民对美好生活的要求不断提高，人民的健康意识持续增强，医疗服务和公共卫生服务需求加快升级，对高质量的医疗保障服务有更高的期待，对做好医疗保障工作提出新要求，对医保事业发展提出新挑战。医疗保障事业作为民生工程，必须立足新发展阶段，贯彻新发展理念，构建新发展格局，以推动高质量发展为主题，以改革创新为根本动力，以深化供给侧改革为主线，为增强人民群众获得感、幸福感、安全感贡献医保力量。

人口老龄化趋势对医疗保障事业提出新任务。随着我市人口结构变化加速转型，老龄快速化、高龄化将对医疗保障事业提出新任务。据第七次人口普查数据显示，我市60周岁及以上常住人口53.25万人，占人口总数的21.24%，65周岁及以上人口3 8.53万人，占比15.37%，老龄人口规模较大，老龄化程度高，已进入中度老龄化社会。如何应对老年人对慢性病、长期照料、康复护理日益增多的需求，如何应对随之上升的全社会的医疗保障和照护成本，如何设计和建立长期护理保险制度，以更高效地应对慢性病与失能的挑战，都将是丽水市“十四五”期间医疗保障制度建设无法回避的重大问题。

二、总体要求

## （一）指导思想

高举中国特色社会主义伟大旗帜，坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，坚持党的全面领导，坚持以人民健康为中心的发展思想，坚持立足新发展阶段，贯彻新发展理念，融入新发展格局，加快跨越式发展。以数字化改革为牵引，把共同富裕融入医疗保障各项制度政策，着力推进全覆盖可持续多层次医疗保障体系建设、强化医保基金监管、优化医保经办等工作，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，不断提升参保群众的获得感、幸福感、安全感。坚决扛起忠实践行“八八战略”，以浙西南革命精神注魂赋能立根，全面厉行“丽水之干”不动摇，为奋力打造“高水平建设和高质量发展重要窗口”和构建“一带三区”区域格局贡献医保力量，促进丽水市医保治理现代化和可持续发展。

## （二）基本原则

**——坚持公平普惠，保障基本。**

坚持推动基本医疗保险应保尽保，覆盖全民，保障基本。坚持促进机会公平、强化制度公平，逐步缩小城乡医疗保障服务和待遇标准差异，增强对贫困群众基础性、兜底性保障。根据我市经济发展水平，科学确定保障范围和标准，强化各类政策措施的精准性和公平性，保障全体市民的基本医疗保障需求。

**——坚持数字赋能，精准高效。**

按照数字化改革要求，加强数字技术应用和制度创新，推动医疗保障系统部门核心业务和重大任务流程再造、协同高效。加强医保信息管理系统建设规划，将医保数字化改革优势转化为强大治理效能。推动实现医保功能信息化建设，加强医保信息化建设和信息化人员、队伍配置，提高医保服务能力和服务效率。

**——坚持多方协同，稳健持续。**

深化医保、医疗、医药“三医联动”改革，建立部门协同机制，构建共建共治共享医保治理格局。完善多层次医疗保障体系，充分发挥政府力量、市场机制、社会慈善等各多元主体的作用。均衡明确各方筹资责任，做实基本医疗保险市级统筹，运用好各类政府保障资金，建立筹资动态调整机制，坚持基本医保基金精算平衡，确保基金安全可持续。

**——坚持改革创新，提质增效。**

深入研究目前医疗保障工作存在问题，增强制度供给，统筹推进改革。坚持在国家基本医疗保障制度体系框架下积极创新，坚持改革的系统性、整体性、协同性，提高医保治理社会化、法治化、标准化、智能化水平，创新保障制度期间着力做好各类制度的有效衔接和部位，丰富服务产品，创新服务方式，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

## （三）总体目标

到2025年，以基本医疗保险为主体，大病保险为延伸、医疗救助为托底，补充医疗保险、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基本成熟定型，初步形成“整体智治”的现代化医疗保障治理体系，打造“公平医保、精准医保、赋能医保、数字医保、绩效医保、法治医保”，着力推进全覆盖可持续多层次医疗保障体系建设、医疗救助、医保基金监管、医保经办等工作，不断提升参保群众的获得感、幸福感。

**——待遇保障更加公平。**基本医疗保险市级统筹全面做实，实现待遇政策公平统一，医保制度碎片化问题解决取得实质性进展，城乡间、区县间医疗保障水平差距明显缩小，大病和慢性病保障水平显著提升，长期护理保险制度建设有力推进。巩固和促进社会医疗保险与补充医疗保险间的互补衔接，建立公平适度的多层次医疗保障制度体系。

**——筹资机制更加健全。**医保参保缴费政策逐步完善，参保人员、用人单位和政府等各方责任更加均衡。以收定支、收支平衡的可持续筹资运行机制全面建立。个人参保缴费意识明显提升，适应新业态从业人员的参保缴费服务逐步建立健全。医疗救助筹资水平不断提高。

**——医保服务更加优质。**以智慧医保建设为依托，建设数字医保，实现医疗保障公共服务升级，打造高品质、有温度的体验式医保服务品牌。加强全市信息化系统建设，强化服务数字支撑，实现医疗保障30分钟服务圈，参保人员满意度全面提升，医保公共服务事项掌上办（网上办）覆盖率100%，医保电子凭证结算定点医药机构覆盖率100%，医保关系转移接续、异地就医直接结算服务更加便捷，让群众更满意。

**——治理效能更加显著。**公平医保、精准医保、赋能医保、数字医保、绩效医保、法治医保建设效能逐渐显现，医疗保障在医药服务供给侧改革中发挥更重要作用。医保信用体系建设取得显著成效，现代化医疗保障治理体系基本形成。

**——医保法治更加健全。**加快医疗保障的法治建设步伐，提升医疗保障的法治化水平。建立健全医疗保障基金监督管理法治体系，规范医疗保障基金监督管理，确保医疗保障基金安全。实现医疗保障基金监管法治化，做到有法可依。加强医保执法，避免行政不作为，确保执法到位，探索建立专业、成熟的医疗保障执法队伍和管理规范，持续打击欺诈骗保行为。

表：“十四五”时期丽水市医疗保障主要发展指标

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **指标/年份** | **2020** | **2025** | **指标****属性** |
| 1 | 基本医疗保险户籍人口参保率（%） | >99% | >99% | 约束性 |
| 2 | 基本医疗保险政策范围内住院报销比例（含大病保险）（%） | 职工 | 85%左右 | >85% | 约束性 |
| 城乡居民 | 70%左右 | >70% | 约束性 |
| 3 | 医保公共服务事项掌上办（网上办）覆盖率（%） | 100% | 100% | 约束性 |
| 4 | 基本医疗保险基金年支出增长率（%） | <10% | <10% | 约束性 |
| 5 | 医保“双随机、一公开”检查覆盖率（%） | 10% | >80% | 约束性 |
| 6 | 住院费用跨市结算率（%） | 48% | >50% | 预期性 |
| 7 | 医疗保障政务服务满意率（%） | — | >85% | 预期性 |
| 8 | 医保电子凭证定点医疗机构覆盖率 | 89.67% | 100% | 预期性 |
| 9 | 最低生活保障家庭成员自负费用年度限额内住院救助比例 | 69.20% | >70% | 约束性 |
| 10 | 最低生活保障边缘家庭成员自负费用年度限额内住院救助比例 | 51.33% | >60% | 约束性 |
| 11 | 门诊慢特病报销比例 | 职工 | 86.55% | >80% | 约束性 |
| 城乡居民 | 73.83% |
| 12 | 医保基金结余支付能力（月） | 职工 | 21.52 | >6 | 约束性 |
| 城乡居民 | 6.75 | >6 |
| 13 | 商业健康保险赔付支出占卫生总费用比例 | 3%左右 | 10%左右 | 预期性 |

# 三、主要任务

## （一）健全多层次医疗保障制度体系

全面建立起以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、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。

**1.做实基本医疗保险市级统筹。**城乡之间医疗保障水平差距缩小，全市医保系统实现上下协同，按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的标准，全面做实基本医疗保险市级统筹。实现“政策统一、待遇统一、经办统一、信息统一、征缴统一、分担统一”的“六统一”市级统筹管理模式。统一职工医保、城乡居民医保的政策制定，实现医保政策待遇的公平统一，增强医保制度公平性。统一医保基金征缴和拨付流程，实行医保基金统收统支，实现职工医保、城乡居民医保基金的全市统一管理和使用，实现医保基金的区域共济。统一编制职工医保基金、城乡居民医保基金收支预算。建设市、区县（市）统一的医保信息系统。明确市、区县（市）医保基金管理责任主体，落实统筹区各方医保基金管理责任和风险责任，建立市级统筹工作责任考评机制。均衡医保基金筹资责任，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，均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任。定期统计和分析医保基金数据，加强医保基金风险预判和风险点监管，确保基金的抗风险能力和可持续性。

**2.积极引导商业健康补充医疗保险参与多层次医疗保障体系建设。**按照“政府引导、公益运行、商保承办、自负盈亏”的原则，推进“浙丽保”持续提质升效，积极引导商业健康补充医疗保险的发展，与基本医保实现互补衔接、协调发展，为完善公平适度的多层次医疗保障体系提供丽水模板。坚持以市场机制、保本微利为运营导向，以重特大疾病保障为重点，探索在“浙丽保”制度基础上的产品创新、服务创新、赔付优化、缴费与待遇挂钩等多种措施，稳定补充医疗保险的参保率。引导商业保险机构向互联网经营模式转型，全面落实商业健康补充保险参保便利性和理赔“一站式”。鼓励利用个人账户基金结余购买商业健康补充医疗保险产品。

|  |
| --- |
| 专栏1 商业健康补充医疗保险工程“浙丽保” |
| 持续深化政府引导型商业全民健康补充医疗保险“浙丽保”制度建设，有力推进“浙丽保”的扩面提效和总结提升，不断完善多层次医疗保障制度体系。**（一）推行医保制度有序衔接**深化医保政策研究，精准回应群众保障需求，着眼可持续运营，通过创新重大疾病医疗保险制度，织密扎牢社会保障网，破解“因病致贫返贫”难题，助力全省共同富裕示范区建设。大力推行“浙丽保”，推进“浙丽保”与原有保障体系有机衔接，提升群众医疗保障水平。**（二）创新医保制度运行模式**通过政府引导，发挥市场的积极作用，着力解决商业健康保险领域长期市场失灵、覆盖率低下等诸多问题；通过商保承办，引入市场机制解决政府财力有限、现有医保政策目录外费用不能报销等问题，实现政府有为、市场有效、群众有感。围绕“政府主导、公益运行、商保承办、自负盈亏”的原则，推动“浙丽保”产品持续完善，形成医保制度运行模式创新的丽水模板。**（三）完善全民普惠政策体系**借助医保大数据分析，精准定位，降低群众高额医疗费用负担，按“保费低、覆盖广、待遇高”的要求，完善普惠政策体系，提升医疗保障水平。实行清单管理动态调整，不断更新完善准入清单和负面清单，切实减轻参保者医疗费用负担。**（四）优化全民健康补充医疗保险**充分发挥全民健康补充医疗保险（“浙丽保”）的保障效应，强化梯次减负功能，促进多层次医疗保障体系建设制度化。一是强化基础管理，围绕参保扩面的目标，持续做好宣传引导，提高市民群众的政策知晓度和认可度，大力提升参保率。规范保费收集、待遇支付、服务管理费用列支管理，会同银保监等部门对承保机构做好监督指导，推动保费归集规范、待遇支付及时和管理费用合理使用。二是强化过程管理，建立专家评审制度，根据群众治疗需求和基金支撑能力，做好与基本医保目录的衔接，动态调整“浙丽保”保障目录。推进总额预算下的复合型支付方式覆盖到目录外费用，会同承保机构组建监管队伍完善医疗费用智能审核工作，对目录外药品、诊疗项目、医用材料使用进行重点监控分析，加大对欺诈骗保行为的打击力度，促进“浙丽保”制度的稳健运行。三是强化目标管理，坚持高标准、高定位，致力于为全省、全国多层次医疗保障体系建设提供可复制、可推广的经验，提高医疗保险和商业健康保险融合发展的可持续性。 |

**3.提升医疗救助精准化水平。**在实现全市符合条件的困难群众资助参保率和救助政策落实率“两个百分百”的基础上，认真落实扶贫领域“两不愁三保障”的有关要求，进一步提升医疗救助精准化水平。完善基本医疗保险、大病保险、医疗救助、商业健康补充医疗保险和慈善救助等多层次医疗保障体系，全面落实为全市各特困供养人员和低保、低边家庭成员等重点对象参加基本医疗保险、大病保险的个人缴费部分给予全额补助政策。完善重特大疾病医疗保障和救助制度，构建医疗保障防贫减贫长效机制，落实大病保险向困难人员倾斜，稳步调高年度救助限额，进一步提升困难人群医疗救助待遇水平。健全医疗救助对象动态认定核查机制，在考虑家庭收入状况基础上，按照支出型贫困帮扶原则，根据医疗费用实际支出情况，合理确定医疗救助对象范围，提升医疗救助精准化水平。建立健全贫困人员因疾病高额费用负担监测预警机制，落实医疗救助对象信息数据共享，实现医疗救助事项智能筛选、精准识别。实行医疗救助“一站式”结算，切实减轻困难群众看病就医垫资负担。联合卫生健康部门做好困难人员统一诊疗路径和规划转诊工作，降低困难人员就医成本。同时，强化基本医保、大病保险、医疗救助、商业健康保险及慈善等制度协同，与相关部门共同建立医疗救助基金社会捐赠制度，鼓励社会慈善捐赠，加快建立医疗救助与慈善事业的有效衔接机制，畅通社会力量参与医疗救助渠道，支持和鼓励慈善组织、专业社会工作机构参与医疗救助。

**4.探索建立长期护理保险制度。**在省级统一部署之下，通过标准化路径深入推进长期护理保险制度试点，探索建立长期护理保险制度。重点解决包括失能老人、重度残疾人在内的重度失能人员基本护理保障需求。建立健全长期护理保险相关的服务目录清单、标准及管理办法，探索为长期失能人员提供基本生活照料与提供医疗护理服务保障或资金保障相结合的服务方式。鼓励全市护理服务市场发展，加强护理人员队伍建设，进一步探索完善对护理服务机构和从业人员的协议管理和监督稽核等制度。同时，加快长期护理保险系统平台建设，逐步实现与协议护理服务机构及其他行业领域信息平台的信息共享和互联互通。

（二）优化医疗保障运行机制

**1.建立医保目录的动态管理机制。**严格执行国家和省医保局的基本医疗保险目录及医保用药限定支付范围，实现医保目录动态调整、支付管理规范化、制度化。规范医院自制制剂管理和医疗服务设施支付范围。加强高值医用耗材规范化管理，明确治理范围，将单价和资源消耗占比相对较高的高值医用耗材作为重点治理对象。

**2.完善基本医疗保障待遇机制。**积极落实基本医疗保险待遇清单制度，促进基本医疗保险与大病保险、医疗救助、商业保险等其他各类医疗保障政策有效衔接、优势互补，逐步提高医疗保障水平。合理引导群众预期，稳定住院费用待遇保障水平，推进个人账户改革，适当提高门诊费用待遇保障水平，优化待遇支付结构，逐步缩小职工医保和居民医保待遇保障差距。

**3.完善基本医疗保障筹资机制。**均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任，就业人员参保由用人单位和个人共同缴费，非就业人员参保实行个人缴费与政府按规定补助相结合，完善医保筹资分担比例动态调整机制，优化筹资结构。适应新业态的发展，探索建立新业态从业人员参保缴费机制，丰富拓展参保缴费方式和渠道，提高参保率。建立基本医疗保险基准费率制度，规范缴费基数政策，合理确定费率，动态调整完善。

**4.全面实现多元复合式医保支付方式改革。**充分发挥医保支付的激励约束作用，完善总额预算管理下按病种、按床日、按人头等支付方式，强化多元复合医保支付体系建设，推动支付方式改革工作进一步提质扩面。参保人员住院医疗费用全面实施DRGs点数付费，持续完善DRGs分组方案和付费规则。普通门诊和门诊特殊病种、慢性病全面纳入门诊按人头付费，控费管理对定点医疗机构实行全面覆盖。继续推进家庭医生签约服务制度，完善家庭医生签约服务的费用结算方式。完善适宜基层医疗机构开展的病种范围。探索实现基本医疗服务与公共卫生服务的有效衔接。

**5.加强基本医疗保险协议管理。**完善医药机构定点协议全流程管理，简化、优化定点申请、专业评估、协商谈判程序。建立健全定点医药机构履行协议的监督和考核制度，强化行为规范、服务质量和费用控制考核评价，将考核结果与医保基金支付挂钩，完善定点医药机构退出机制。支持“互联网+医疗”等新服务模式发展，推行医保协议网上签约，利用大数据技术对定点医疗机构进行动态监测，探索符合“互联网+医疗”特点的基金监管机制。

## （三）协同推进医药服务供给侧改革

**1.深化药械集中带量采购制度改革。**坚持招采合一、量价挂钩原则，按照政府组织、联盟采购、平台操作总体思路，落实“省级统筹、省市联动、市级联合”的药械集中带量采购新模式。稳步推进药品带量采购，降低企业交易成本，积极参与长三角区域性联盟采购机制构建。根据省医疗保障局统一部署，完善医保支付标准与集中采购中选价格协同机制，落实带量采购月度监测制度、院长约谈制度与信息反馈制度，确保完成药品、医用耗材集中带量采购工作。推进市级药品耗材招采联盟建设，强化市域内药品、耗材集中招采工作，全面落实国家、省各项药品、耗材带量采购任务，执行药品、耗材采购政策，针对全市公立医疗机构临床使用较多、临床应用较成熟的部分药品、医用耗材，探索开展全市统一的集中招标采购、谈判。深化“浙丽保”药品、耗材采购谈判工作，持续推进“浙丽保”负面清单内药品、医用耗材谈判，加强对“浙丽保”合理医疗费用内的药品、医用耗材的采购管理。完善药品、医用耗材供应保障机制，健全短缺药品监测预警机制。加强药品价格异常情况监测预警，落实短缺药品直接挂网采购政策，做好保供稳价工作。推动公立医疗机构自行采购机制规范发展，健全短缺药品供应保障体系，切实满足临床需求。强化各主体间信息共享与沟通协作，探索实现药品和医用耗材采购、配送、使用、结算、支付等全周期管理。

**2.持续推进医药服务价格改革。**建立以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制，推进本市交易价格信息与省内其它地市交易价格信息共享。加强药品、医用耗材和医疗服务项目价格常态化监测，完善医药价格信息发布机制。按照 “控总量、腾空间、调结构、保衔接、强监管”的改革路径和 “总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的调价原则，降低药品、耗材、检查、化验等费用，逐步理顺医疗服务比价关系，持续优化医疗服务价格结构。推进分级定价机制，出台市、县（市、区）联动的医疗服务价格改革政策，探索建立科学的医疗服务定价、调价机制，合理调整医疗服务价格，充分保障医务人员劳动价值，实现医药服务价格管理的机制化、科学化、常态化。完善价格函询、约谈制度，加强医疗服务价格改革工作考核监督，确保医保基金可承受、群众负担总体不增加。积极推动新增医疗服务项目价格改革，促进医疗技术发展和应用推广。

**3.促进医疗服务能力和质量提升。**合理规划各类医疗保障资源布局，协同推进县域医共体和城市医联体建设。发挥医保支付政策引导作用，完善县域医共体医保总额管理机制，健全与分级诊疗制度建设相结合的支付机制，合理优化不同层级医疗机构报销待遇梯度，激励基层医疗机构提供优质医疗服务和全周期健康管理，引导群众有序就医。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，予以合理的医保政策倾斜支持。探索“互联网+”医疗服务收费和医保支付政策，实现医保支付网上结算。

**4.建立健全医疗服务监管机制。**推行医保服务处方点评制度，推动医疗机构和医务人员自觉规范医保诊疗行为。建立医保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，促进合理合规用药，引导医疗机构和医务人员着力提升医疗服务质量。

|  |
| --- |
| 专栏2 医药服务供给侧改革推动工程 |
| （一）全面实行药械集中采购落实《浙江省药品、医用耗材集中带量采购暂行办法》，规范联合集中带量采购工作，做到程序、规则、政策相对一致，形成浙江特色的集中带量采购模式，为医药企业提供良好的环境和优质的服务。“十四五”期间省级集中带量采购药品品种达到100个，覆盖医用耗材30类。实现医保药品通用名全覆盖即通用名剂型在线交易达到100%，医用耗材在线交易全品种即二级目录内医用耗材品类在线交易达到100%。推进市级招采联盟建设。组建全市公立医院参与的药品、耗材招采联盟，落实国家、省各项药品、耗材带量采购任务，执行药品、耗材采购政策，探索开展全市统一的集中招标采购、谈判。（二）完善价格形成机制健全新增医疗服务价格项目机制。国家新增医疗服务价格项目管理办法出台后，根据省医疗保障局要求，适时修订完善我市新增医疗服务价格项目管理办法。完善医疗服务价格项目。结合我市医疗技术发展和临床实际需求等因素，及时受理审核新增医疗服务价格项目，按照省医疗保障局医疗服务项目价格工作推进情况，相应修订、新增一批医疗服务价格项目。建立医疗服务价格动态调整机制。按照“设置启动条件、评估触发实施、有升有降调价、保持支付衔接、跟踪监测考核”的基本路径，建立符合我市医疗行业特点、科学确定、动态调整、多方协同的价格机制。（三）优化医疗服务价格结构根据医疗服务价格动态调整机制，衔接医用耗材集中采购等各项改革措施，统筹兼顾医保基金负担、医疗事业发展和人民群众的承受能力，合理调整医疗服务价格，优化医疗机构收入结构。提升医疗服务能力与质量。加强县域医共体建设，着力提升基层医疗卫生服务能力，通过医疗、医保、医药政策联动，充分发挥分级诊疗和医保支付相结合的制度作用，激励基层医疗机构提升医疗服务水平。探索医疗服务能力评估同医院绩效评价相挂钩，引导医疗机构聚力提升医疗服务质量。 |

## （四）优化医疗保障基金综合监管

**1.深化医保基金综合监管机制改革。**推进基金监管改革，完善创新基金监管方式，围绕“七个监管”核心理念，不断深化医保基金综合监管试点建设。建立部门联动机制，开展联合检查，形成监管合力。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疗保障基金监管，建立和完善政府购买服务制度，推行按服务绩效付费，提升监管的专业性。探索建立公立医院及大型民营医院主动邀请第三方公司进行医保基金使用情况大数据审核的工作机制，突出定点医疗机构主体责任。建立健全基金监管执法制度、流程和标准，完善飞行检查工作机制，推进有法可依、规范执法。理顺医保行政监管与经办协议管理的关系，明确行政监管与经办稽核的职责边界。抓实日常监督检查，开展经办稽核、联合检查、专项检查、专家审查、“双随机、一公开”监管，积极推进“互联网+监管”，促进信息共享，压实各级医疗保障部门监管责任，形成系统高效的医保基金监督检查体系。

**2.全面推行基金预算绩效管理。**将绩效引领作为重中之重，按照“预算精准、负担合理、运行高效”的建设目标，构建符合新时代医保发展需求的基金绩效评价体系。全面实施基金绩效评价管理办法，发挥好激励约束作用，促进基金管理提质增效。加强区域医疗服务能力评估，将医保基金支付与定点医药机构绩效考核结果挂钩。健全基金运行风险评估和预警机制，将评估结果作为市级统筹下的市-县两级责任分担评价依据，为筹资、待遇和支付方式等政策调整提供决策基础。

**3.加强医保基金精算平衡。**坚持以收定支、收支平衡、略有结余，科学编制医疗保障基金收支预算。全市统一编制职工医保基金、城乡居民医保基金收支预算。以经济社会发展水平、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为考量，努力提高基金预算编制科学化、规范化水平。注重预算执行监督，完善基金预算编制多部门联合审核机制，落实预算编制目标，监督预算执行过程。加强医保部门筹资的大数据精算能力建设，健全基金运行风险评估及预警机制。

|  |
| --- |
| 专栏3 医保基金可持续能力提升工程 |
| （一）提升基金预算管理能力完善基本医疗保险基金收支预算，科学编制基金预算。根据当地经济发展水平、工资水平、医疗保险筹资比例等因素编制收入预算，根据参保人员年龄结构、疾病谱、医疗费用增长趋势、医疗保险受益面、保障水平和基金结余情况编制支出预算。规范预算编制办法，严格预算约束。（二）健全基金绩效评价体系按照“预算精准、负担合理、运行高效”的目标，在基本医保市级统筹体系下制定医疗保障基金绩效评价指标体系，对基本医疗保险基金征收、支付、结余、监管等基金管理全过程进行绩效评价。明确基金绩效评价办法和评价程序，制定绩效考核方案，统一绩效评价数据口径、计算标准和评分依据，规范绩效评价过程。建立绩效评价反馈机制，推动评价结果多场景应用，完善激励机制，以绩效评价带动基金管理补短板、提质量。（三）完善基金中长期精算平衡机制强化基金运行风险分析，加强基金运行状况实时监测。对基本医疗保险人口结构、基金支出、当期结余、累计结余等进行动态监测，合理设置风险预警线，对基金运行状况予以预警。 |

**4.建立医保基金监管信用体系。**建立完善医保基金监管信用管理体系，重点探索基金监管信用体系建设相关标准、规范和指标体系，相关信息采集、评价和结果应用等内容。建立医药机构和参保人员医保信用记录、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、综合绩效考评结果与预算管理、检查稽核、定点协议管理等相关联。鼓励公立医疗机构、非公立医疗机构、零售药店、医师、药师等行业协会开展行业规范和自律建设，制定并落实自律公约，促进行业规范和自我约束。建立失信惩戒制度，积极推动将欺诈骗保行为纳入当地信用管理体系，发挥联合惩戒威慑力。

|  |
| --- |
| 专栏4 医保基金综合监管体系“七个监管”工程 |
| （一） 以全覆盖加强机构监管推进市级医保监管机构建设，夯实监管工作基础。结合“市-县-乡-村”“四位一体”医疗保障服务体系，同步建立完善医疗保障监管体系，全面建成“服务+监管”的大医疗保障格局。（二） 以法制化推进制度监管不断健全重大案件处理集体讨论决策的工作机制和经办机构内控管理制度，提升监管法制化水平，厘清医保行政监管和协议管理的关系。（三） 以大数据促进智能监管丰富医保监管手段和方式，推动基金监管系统、智能审核系统、视频监控系统建设发展，发挥医保管理大数据分析平台与丽水市医保基金运行管理系统工程的数字化监管效益。（四） 以规范化提升借力监管拓展第三方借力监管范围，引入第三方公司全程参与医保基金监管，对全市所有医保经办机构与定点医药机构开展检查监管，全方位、多角度加强医保基金监管。（五） 以体系化推进信用监管建立与市信用办等部门间信息互通机制，探索建立医保信用曝光平台，将有重大违法违规行为的定点医药机构和个人信息推送至信用信息平台，将医保失信机构、人员在局网站等平台进行曝光。（六） 以创新宣传强化全民监管加强与市场监管、卫生监督、价格执法、公安刑侦等部门的联合执法，完善与法院、检察院、公安等部门信息互通、案件移交等工作机制。积极组织打击欺诈骗保集中宣传月活动，发动群众参与打击欺诈骗保行为，营造浓厚的打击欺诈骗保氛围。（七）以严格执法强化震慑监管出台规范使用医保基金个人账户办法，同检察院等建立基金监管行政执法与检察职能长效协作机制，与法院等建立信息互通和追偿协作机制，加强定点医药机构检查，严厉处罚违规定点医药机构与涉嫌骗保人员，保持高压态势，强化震慑作用。 |

**5.加强异地就医监管。**将异地就医人员纳入统一监管范围，配合参保地加强备案管理，积极落实就医地监管责任，规范医疗行为。与兄弟省、市医保经办部门协同配合，调阅异地就医人员的就医医院与病史情况，排查异地就医零星报销异常情形，共同防范打击欺诈骗保行为。

## （五）深化医疗保障领域数字化改革

围绕“全面推进数字化改革”工作部署，加强数字技术应用和制度创新，全面提升数字化治理水平，运用数字化技术、数字化思维、数字化认知对医疗保障领域的体制机制、组织架构、方式流程、手段工具进行全方位系统性重构。

**1.加强信息化、标准化基础建设。**多平台推动实现医保信息化建设。构建医保互联网服务平台，构建完善数字化、智能化医保服务管理体系和全渠道、全业务、智能化的医保数字服务供给体系。构建医保智能监管和大数据分析平台，实现医保基金监管从人工审核向大数据全方位、全流程、全环节智能监控转变，推动医保业务、数据、治理融合应用，实现资源要素的高效配置和高效协同。运用医保大数据有效监控异地就医行为、线上的医保移动支付行为，不断优化医保结算政策，支撑医保支付方式改革。搭建医保移动支付平台，加快推进医保移动支付应用，实现参保人员在线申领、在线验证开通医保电子凭证，推进基本医疗保险、大病保险、补充医疗保险、医疗救助以及其他救助补助项目费用结算“一站式”办理。加强医保信息管理系统建设规划，为全市医保信用体系建设、DRGs付费、医疗保障业务、基金、政策大统筹提供数据保障。加强医保信息化建设的人员和队伍建设。加强医疗保障系统信息化队伍建设，提高信息化建设队伍的整体素质，加强对系统业务人员，特别是基层业务人员的信息化培训，提高医保服务能力和服务效率。建立与管理服务绩效挂钩的激励约束机制。加强与技术服务商的合作和规范管理，进一步调动和发挥社会力量在医疗保障信息化建设中的作用。强化信息化过程中信息安全。强化网络安全保障，逐步完善信息安全相关制度，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。同时，联合市财政局等相关部门，规划医保信息化建设资金保障措施，为信息化工作提供坚实基础。

**2.提升医保经办服务能力。**通过构建全市统一的医疗保障经办管理标准化体系，不断促进医保经办服务提质增效。以“雷锋式”医保服务理念引领，奋力打造“最便捷的医保经办城市”。完善业务经办、医保事项、稽核体系标准，实现医疗保障一站式服务、一窗口办理、一单制结算，提升同城通办率。开展第三方经办服务机构自查自纠和考核评价工作，促进第三方机构规范服务。加强与新时代医保经办服务要求相适应的专业队伍和能力建设，推动经办服务优化便捷、医保治理精准高效。支持定点医疗机构依托“互联网+”提供规范、便捷、优质、高效的医疗服务。完善诚信办理模式和容缺受理机制，大力推进“网上办”“掌上办”“即时办”，创新服务方式，推动经办服务信息化、便民化，促进医保治理体系和治理能力现代化。

**3. 推进医保经办服务体制改革。**顺应数字化改革趋势，积极推进数字医保经办服务体制改革，推动医保经办服务制度流程与新科技技术相结合。推广医保电子凭证、电子病历、电子票据应用，积极开展人脸识别、区块链等技术应用。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。促成经办服务部门合作，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。紧贴老年人需求特点，加强技术创新，提供更多智能化适老产品和服务，建立解决老年人面临“数字鸿沟”问题的长效机制。推进医疗保障经办机构法人治理。紧跟国家省级部署指导，创新医保经办服务体制机制。加强医保经办机构风险防范，建立健全医保经办机构内部控制办法。落地应用国家医疗保障信息平台处方流转中心，实现电子处方网上流转，探索网上竞价配送机制，优化参保人员就医体验。推进医疗保障经办机构法人治理。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。按照国家统一要求，建立健全医疗保障经办政务服务“好差评”制度体系，推动医疗保障政务服务质量和水平不断提升。

|  |
| --- |
| 专栏5 医疗保障服务能力提升工程 |
| **（一）推进医保经办标准化建设**积极参与全省统一的医疗保障经办管理标准化体系建设，贯彻落实《浙江省医保经办事项“领跑者”标准》，建立完善业务经办、医保事项、稽核体系等标准，简化办事程序，不断提升群众获得感、幸福感。**（二）加强智慧化数字医保建设**按照国家医疗保障局“云+中台”应用架构和浙江省数字化改革“四横四纵”框架体系要求，积极参与构建“一个平台、两端服务、三套体系、四层支撑、五类资源、九大应用”医保信息平台，贯彻实施全省统一的方便可及“大服务”、规范高效“大经办”、智能精准“大治理”、融合共享“大协作”、在线可用“大数据”、安全可靠“大支撑”。全面推进医疗机构处方、医保结算、药品追溯、预算管理等信息互联互通。全面实施药品采购、使用、支付等环节规范编码的衔接应用。完善部门信息共享机制,推进数据有序共享。**（三）推进“互联网+医保”线上经办服务大厅建设**完善“互联网+医保”线上结算管理新服务模式，开展医保电子凭证、人脸识别、区块链等技术应用，推动医疗机构检验结果互认互享。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。 |

**4. 夯实医保基层基础，促进“四位一体”建设体系化。**持续做好以“市-县-乡-村”服务网络为依托的“四位一体”医保经办体系建设，推进经办服务下沉，提升医保公共服务均等化和便捷度。推进服务下沉，构建经办服务大厅在县、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，实现经办服务规范一致化、事项办理标准一致化、经办信息系统一致化，实现省、市、县、乡镇（街道）、村（社区）经办服务全覆盖。

**5. 助力长三角医保一体化发展。**贯彻落实习近平总书记在扎实推进长三角一体化发展座谈会上的重要讲话精神，落实长三角地区医保一体化发展相关工作。按照省级部署加强招采、价格、支付联动，有计划逐步推动长三角药品目录、诊疗项目、医疗服务设施目录统一。落实长三角医保基金监管联动，建立基金监管联动机制，实现执法检查结果互认。推动实现长三角医保异地线上备案服务，全面推行长三角区域门诊费用跨省直接结算，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。创新跨区域服务机制，出台医疗保险跨区域统一服务和转移接续政策。加大区域资源共享，实现数据互联互通和医保专家资源共享，为群众提供更加优质高效的医保服务。

## （六）提高医疗保障依法治理水平

**1. 全面推进医保法治建设。**加快医疗保障的法治建设步伐，提升医疗保障的法治化水平。认真贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》和《浙江省医疗保障条例》，构建条例、制度、政策、标准四位一体的医保法规政策体系，促进制度法治化、决策科学化、管理规范化。建立健全医疗保障医保基金监管制度体系和执法体系，规范医疗保障基金监督管理，实现医保基金监管法治化、专业化、规范化、常态化，确保医疗保障基金安全。

**2. 提升医保执法监督能力。**明确医保执法监管责任，完善医保基金监管工作机制，强化医保执法能力建设，确保执法到位，探索建立专业、成熟的医疗保障执法和基金监管执法队伍和管理规范。健全完善重大决策、重大执法决定等重大行政行为的程序，严格行政处罚自由裁量标准，规范行政执法行为。推行行政执法网上办案、线上审批制度，建立执法数字化管理体系，实施非现场动态智能监管。健全执法机制，强化市、区县（市）两级医保执法监督人员力量，进一步完善医保行政执法与刑事司法衔接的联席会议制度，推进建立运转高效、规范有序的多部门联合监管机制。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。建立和完善部门间相互配合、协同监管的综合监管制度，强化医保、卫健、市场监管、审计、司法、公安、法院、检察院等部门协同配合、综合协管机制，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。

**3. 持续推进医保治理创新。**坚持医保、医疗、医药“三医联动”改革，建设“公平医保、精准医保、赋能医保、数字医保、绩效医保、法治医保”，全面打造“整体智治”的现代化医疗保障治理体系，构建共建共治共享医保治理格局，持续推进医保治理创新。第一，创新医保基金监管方式，加快推进医保基金监管制度体系改革，构建全领域、全流程的基金安全防控机制。严格落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，推行“双随机、一公开”监管机制，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。完善定点医药机构协议管理制度，建立和完善定点医药机构动态管理和退出机制。完善医保对医疗服务行为的监控机制，将监管对象由医疗机构延伸至医务人员，将监管重点从医疗费用控制转向医疗费用和医疗服务绩效双控制。建立健全医保智能监控系统，建立依托于大数据的多种医保基金监管制度，探索多样化、专业化、信息化、智能化的医保基金监管方式。第二，创新医保信用管理体系。开展对两定医药机构、医保医师、药师、护师、参保人等主体的信用评价工作。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。

# 四、保障措施

## （一）坚持党的组织领导，合理规划布局

全市各级医疗保障部门要坚持各级党组（委）在医疗保障事业发展中的领导核心作用，切实加强党的领导，增强“四个意识”、坚定“四个自信”、做到“两个维护”，把党的领导贯彻到医疗保障改革发展的全过程。要将“十四五”规划的制定和实施列入工作计划，健全主要领导负总责、分管领导具体负责、专班抓落实的工作机制，统一部署、夯实责任、狠抓落实，采取有力举措，确保规划落实。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，分解本规划确定的发展目标、主要任务，统筹协调医疗保障制度改革与高质量发展全链条事务。发展和完善规划实施的监督机制，加强对规划实施情况的跟踪分析和监督检查，加强清廉医保建设，落实规划实施责任主体，确保“十四五”医疗保障事业高质量发展。

## （二）完善资源投入保障，确保工作落实

全市各级医疗保障部门要合理安排医疗保障资源的投入，落实各项行动计划和规划项目。提前做好各项目的经费预算，加大对兜底性、基础性医保工作的财政投入力度，使资金使用科学、规范、有效。加强医疗保障资金分配使用过程中的管理、规范和监督评价，健全项目建设规范和绩效评价。不断提高医疗保障工作人员的专业素养，努力培养以医疗专业背景为主，包括经济学、管理学、信息技术等领域的既懂政策经办、又懂信息化的复合型技术人才。加强医疗保障专业化人才队伍建设，强化业务培训，过集体培训、考察学习、内部业务交流等方式，提高医疗保障业务人员工作能力和管理水平，强化基层经办机构能力建设，确保医疗保障各项工作落到实处。

## （三）强化医保数字化改革，保障精准高

全市各级医疗保障部门要顺应数字化改革趋势，结合互联网、云计算等推进“智慧医保”建设，努力消除医疗保障信息化领域信息孤岛、技术壁垒等信息系统碎片化问题。以群众需求与基金安全为导向，综合应用大数据、云计算、区块链、人工智能等技术，深入推进医保数字化转型。建立健全医保服务、业务领域全流程的规范化、模块化、数字化服务体系，建设“统一、高效、兼容、便捷、安全”的医疗保障信息平台，全面提高医疗保障科学化管理水平，有效提高医疗保障服务质量，促进医疗保障服务供给创新和治理能力现代化。运用医保大数据有效监控异地就医行为、线上的医保移动支付行为，不断优化医保结算政策，支撑医保支付方式改革，加快推动经办服务优化便捷、医保治理精准高效。

## （四）推动部门协同联动，加强协作治理

全市各级医疗保障部门要建立健全与“三医联动”“六医统筹”改革相适应的协作联动机制。主动加强与卫健、发展改革、人力社保、财政、民政、税务、市场监管、药监、公安、审计等部门的联系对接，信息互通共享、统一部署、部门联动、密切协作、形成合力，协商解决跨部门重大问题。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，确保医疗保障事业高质量发展。

## （五）加强宣传引导工作，营造良好氛围

全市各级医疗保障部门要树立以人民为中心的服务理念，开展多种形式的医疗保障政策解读和服务宣传工作，结合医保政策、党史学习教育等活动，通过政策宣讲团等方式，常态化开展宣讲工作，提高群众对医保政策知晓率。重要改革事项广泛听取群众意见，及时回应社会关切，正确引导合理预期，充分调动群众对医保规划建设的积极性和主动性。加强医保文化建设，加强宣传阵地建设，健全与媒体沟通协调机制，积极营造浓厚的宣传氛围。加强对医药机构和广大参保人员有关医保法律法规政策宣传，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。曝光已查实的典型欺诈骗保案件，加强警示教育宣传。

## （六）防范制度运行风险，强化监测评估

全市各级医疗保障部门要强化规划实施的监督和考核，建立健全规划实施监测评估机制。成立监督评价工作组，根据规划评估指标体系，有计划、分阶段对实施情况进行跟踪检查，抓好年度监测分析、中期评估和总结评估。健全制度管控体系，加强行政监管能力建设，坚决堵住风险漏洞，鼓励公立及非公立医疗机构、零售药店、医师等行业协会开展行业规范和自律建设，制定自律公约，促进行业自我规范和约束。加强部门联合监管，重点查处违规违约、欺诈骗保行为，坚持“零容忍”，加强对欺诈骗保线索的发现和受理，建立线索督办和查处反馈制度，严厉惩处欺诈骗保，尤其是医疗机构内外勾结的欺诈骗保行为。加强内控制度建设，明确效能监督、流程监管、信息数据、基金征缴、待遇稽核、会计出纳等流程和分工，相互制约；加强对信息系统数据的监控管理，权限管理，加强风险预案管理。引导社会各界规范有序地参与医保监督与评估，积极引入第三方评估机构，强化规划具体事项的督查和考核，健全规划监督评价机制，完善规划反馈与调整机制，按期评估规划执行进度和效果，合理运用评价结果，确保各项政策措施和行动落实到位。