

宜春市医疗保障局文件

宜医保字〔2021〕40号

关于印发《宜春市“十四五”全民医疗保障 发展规划》的通知

各县（市、区）人民政府，市直有关单位：

现将《宜春市“十四五”全民医疗保障发展规划》印发给你们，请结合实际，认真组织实施。



（此件主动公开）

宜春市“十四五”全民医疗保障发展规划

宜春市全民医疗保障发展“十四五”规划，根据《中共中央关于制定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的建议》《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划纲要》《“十四五”全民医疗保障规划》《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《中共江西省委 江西省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》《江西省“十四五”全民医疗保障发展规划》和《宜春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。规划编制期为 2021 年至 2025 年，远期展望到 2035 年。本规划主要阐明“十四五”时期宜春市全民医疗保障发展的总体思路、发展目标、主要任务和重大政策措施，是“十四五”时期宜春市全民医疗保障发展的综合性、基础性、指导性文件。

第一章 规划背景与总体思路

“十四五”时期是深化医疗保障制度改革，全面建立中国特色医疗保障制度，着力解决医疗保障发展不平衡不充分问题的关键阶段。全市各级医疗保障部门认真贯彻党中央国务院、省委省政府和市委市政府的决策部署，始终坚持以人民健康为中心，加

快推进建立覆盖全民、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，推进医疗保障事业全面发展，促进健康江西、健康宜春建设战略实施，使人民群众有更多获得感、幸福感、安全感。

第一节 发展基础

“十三五”时期，市委市政府高度重视人民健康，组建了市医疗保障局，全市各级医疗保障机构改革基本到位，全市医疗保障事业持续稳步发展。五年来，全市各级医疗保障部门坚持改革创新、攻坚克难、稳中求进，全面完成了“十三五”时期各项任务，为提高人民健康水平提供了坚实保障。

医疗保障制度建设更加完善。医疗保障制度建设不断完善，城乡居民基本医疗保险制度基本建立，生育保险和职工基本医疗保险合并实施并全面推进。大病保险有效补充，城乡医疗救助制度进一步完善，救助程序持续简化，与基本医疗保障制度配合衔接进一步加强。

医疗保障体系稳健运行。全市推进医保、医疗、医药联动改革，基金支出不断规范。医疗保障筹资水平与全市经济社会发展和居民收入相适应的动态调整机制基本形成，税务征缴职责平稳划转，覆盖全民的医疗保障体系稳健运行，待遇水平稳步提高。困难群体实行医疗保险精准扶助、倾斜支持，实施基本医保、大

病医保和医疗救助三重制度保障，梯次减轻医疗费用负担，并确保贫困人口应保尽保，确保得了大病、重病基本生活不受影响，“基本医疗有保障”突出问题得到彻底解决。通过实行“一站式”管理服务，医疗救助的兜底作用得到充分发挥，贫困人口医疗保障政策全面落实。

重点改革卓有成效。城镇居民基本医疗保险与新型农村合作医疗全面整合。按项目、按病种付费相结合的复合支付方式改革全面铺开。落实特药报销政策，一批救急救命的好药及时纳入医保支付范围。城乡居民高血压、糖尿病患者门诊用药保障机制普遍建立。落实基本医疗保险药品支付标准、医疗服务价格改革和药品、耗材招标采购制度，药品、医用耗材集中带量采购在深化医药服务供给侧改革中的引领作用充分发挥，医疗服务价格动态调整机制进一步完善，医保基金战略购买作用逐步显现。

医疗保障公共服务能力不断提高。全市医疗保障行风建设成效显著。医疗保障经办机构管理体系不断完善，管理服务能力进一步提高。异地就医直接结算率、清算率不断提高，协同管理机制不断完善，异地就医备案信息化渠道实现全覆盖。全市大力推进“备案查询网上办、掌上办；报销业务容缺办、帮代办；结算业务系统办、预付办；大厅业务预约办、延时办、咨询交流电话办、线上办”等医保服务“十个办”便民举措，全面提升医疗保险经办服务的便捷度。全市 10 个县（市、区）医保服务热线全部接入政府 12345 热线平台，建立并畅通医疗保障投诉咨询服

务渠道。充分体现全市医疗保障系统“医保爱民、医保为民、医保护民、医保惠民”的真我本色。

医疗保障发展基础不断夯实。严厉打击欺诈骗保行为，始终保持监管高压态势，定点医药机构监督检查实现全覆盖，监管方式创新、信用体系建设、智能监控国家试点示范加快推进，部门协同、社会参与共护基金安全的工作格局持续完善，基金监管规范化、专业化水平不断提升。医疗保险信息化、标准化、专业化、职业化建设进一步健全，基层公共服务条件明显改善，公共服务水平得到提升。医疗保障领域法治建设和人才队伍建设取得新的进展，医疗保障人才队伍能力素质、专业水平和执法能力、执法水平、执法手段不断提高，依法行政能力进一步提升。

疫情防控阻击战取得重大成果。全市医疗保障部门积极投入抗击新冠肺炎疫情中，及时出台有关政策，将新冠肺炎诊疗救治纳入医疗保险基金支付范围并预付救助资金。实现了确保患者不因费用问题影响就医、确保收治医院不因支付政策影响救治的“两个确保”有力实施。同时，全市加大医疗保险基金预拨力度，加强医疗费用即时结算工作，及时落实减征缓缴政策，通过采取综合措施，助力企业复工复产，支持医疗机构平稳运行。有效地实现了“不见面办”“及时办”，减少了人员聚集，方便了群众办事，体现了我国社会主义制度的优越性。

“十三五”时期宜春市医疗保障事业持续稳步发展，有效解除群众疾病医疗费用负担，保障群众身体健康，群众获得感持续

增强，对维护改革发展稳定大局做出了积极贡献，为今后全市医疗保障事业的发展奠定了坚实基础。

专栏1 “十三五”规划主要指标完成情况			
指标	2015年 基数	“十三五” 规划目标	2020年 完成数
1. 基本医疗保险参保人数（万人）	165.91		550.26
2. 基本医疗保险参保覆盖率（%）	95%	99%	98.57%
3. 生育保险参保人数（万人）	26.53		27.70

第二节 发展形势

党中央、国务院高度重视医疗保障工作，习近平总书记明确指示将医疗保障工作作为重要的民生保障制度安排。省委、省政府高度重视医疗保障和改善民生，提出深化医疗保障制度改革，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展战略，将医疗保障事业摆在经济社会发展更加突出的位置。医疗保障部门作为宏观调控的重要参与者、社会管理和市场监管的重要执行者、公共服务的重要提供者、社会公平正义的重要维护者，要深刻认识“十四五”时期医疗保障事业面临的新形势、新任务、新要求，准确把握新业态、新模式巨大发展潜力的深刻变化，坚持完善法治、依法监管，坚持惩戒失信、激励诚信，构建全领域、全流程的基金安全防控机制，维护社会公平正义，更加有效地应对各种风险和挑战，

振奋精神，勇于担当，积极进取，促进医疗保障制度健康持续发展，不断开创医疗保障事业发展的新局面。

“十四五”时期，新一轮产业革命正在催生新经济。高质量发展推动实体经济、科技创新、现代金融及人力资源协同发展。国家经济已由高速增长阶段转向高质量发展阶段，正处在转变发展方式、优化经济结构、转换增长动力的攻关期。同时，健康观念转变，推动产业链向高价值环节延伸。未来五年，我国人口发展已经进入关键转折期，人口自然增长率长期低于预期、人口老龄化程度不断加深，对医疗保障和长期护理保障的需求持续上升，慢性疾病成为威胁健康主要因素，新冠肺炎疫情全球大流行影响深远，都对医疗保障事业发展带来了一系列新机遇、新挑战，全市医疗保障工作仍面临较大压力。医疗保障发展不平衡、保障不充分、改革不协同、管理不精细问题仍然存在。医疗保障体系在增强公平性、适应流动性、保证可持续性方面有待加强。征缴扩面空间缩小，基金平衡安全矛盾突出。医疗保障“1235”工程建设还需进一步加大推进力度。城乡贫困人口医保扶贫长效机制亟需建立，“互联网+医疗健康”纳入医疗保险支付需由探索阶段向全面实施阶段推进。基本医疗保险药品支付标准、医疗服务价格改革和药品、耗材招标采购制度改革需进一步深化。医保基金监管形势依然严峻，监管制度体系和执法体系有待建立完善，长效监管机制需要加快构建。做实市级统筹，实行市级医疗保险基金统收统支，进一步实现省级统筹的任务仍然艰巨。医保立法

和执法基础还比较薄弱，信息化、标准化仍不能适应改革发展需求，医疗保险人才队伍建设与实施医疗保障和医药服务高质量协同发展战略的要求还有一定差距。基层基础建设和公共服务能力水平仍需提高。

医疗保障工作必须立足新发展阶段，把握新形势、新要求，增强机遇意识和风险意识，坚守为民服务初心，强化底线思维，为实现高质量发展、更好保障人民健康和生命安全，促进人的全面发展和全体人民共同富裕作出新贡献。

第三节 指导思想

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，按照省医疗保障局和市委、市政府工作部署，坚持“千方百计保基本、始终做到可持续、回应社会解民忧、敢于担当推改革”的工作方针，牢牢把握全面建立中国特色医疗保障制度工作主线，坚持以人民健康为中心，推动医疗保障治理体系和治理能力现代化建设。深入实施医疗保障和医药服务高质量协同发展战略，坚决打赢医保扶贫攻坚战和打击欺诈骗保持久战“两场硬仗”，深入推进医保支付方式、药品耗材集中招采制度、定点医药机构监管制度“三项改革”。全力打造“公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医保”，加快建立具有宜春特色的覆盖全民、城

乡统筹、权责清晰、保障适度的多层次医疗保障体系，推动医疗保障事业协调可持续发展，不断提升医疗保障基本公共服务能力和水平，提高人民群众医疗保障获得感、幸福感和安全感。

第四节 基本原则

——**把握主线、创新发展。**始终坚持党对医疗保障工作的领导，牢固树立以人民为中心的思想，坚持以人民健康为中心，把保障人民健康放在优先发展的战略位置，把维护人民生命安全和身体健康放在首位。全面把握建立中国特色医疗保障制度的工作主线，提升医疗保障治理体系和治理能力现代化水平。深入实施健康宜春行动，紧密结合医疗保障工作实际，以打造群众满意的医疗保障服务为目标，实施更加系统、更加高效、更高质量的医疗保障，全面完成医疗保障部门承担的各项任务，实现好、维护好、发展好最广大人民的健康权益。

——**覆盖全民、公平统一。**基本医疗保障依法覆盖全民，遵循普惠公平、互助共济、权责匹配的原则。持续推动政策规范统一，加强顶层设计，提高基本医疗保障公平性，有效化解重大疾病风险。坚持促进公平、筑牢底线，强化制度公平，以制度公平保障群众权利公平，逐步缩小待遇差距，增强对贫困群众基础性、兜底性保障。

——**保障基本、持续稳健。**坚持应保尽保、保障基本，坚持

尽力而为、量力而行，坚持持续稳健、防范风险。科学确定筹资水平，充分考虑地区发展差异，均衡各方缴费责任。集中攻坚克难，实事求是确定保障范围和标准，防止保障不足和过度保障，加强统筹共济，促进政策之间的衔接平衡，提高基金共济能力，防范化解基金运行风险，确保制度可持续、基金可支撑。

——协同高效、普惠共享。坚持治理创新、协同高效、优化服务，提高医保治理社会化、法治化、标准化、智能化水平。增强医保、医疗、医药联动改革和发展的整体性、系统性、协同性。坚持政府、市场、社会协同发力，促进多层次医疗保障有序衔接。加强和改进医疗保障领域的公共服务，强化社会监督，提高基金使用效能，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

第五节 主要目标

按照《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》和《中共江西省委 江西省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》的改革发展目标，紧密结合我市医疗保障事业改革发展实际，综合考虑我市经济社会发展趋势和医疗保障发展条件，坚持目标导向和问题导向相结合，守正创新、稳中求进，统筹确定未来五年医疗保障改革发展的主要目标。

——建设智慧医保。医疗保障信息化、标准化全面加强，医保管理服务数字化、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，传统服务方式和线上服务方式共同发展，就医结算更加便捷，便利性显著提升。

一一建设公平医保。全面推进医疗保障制度改革，基本建立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医疗保障制度体系。实现法定人员全覆盖，待遇更加公平适度，保障水平与经济发展水平更加适应，制度间、人群间、区域间差距逐步缩小，公共服务体系更加健全。医疗保险市地级统筹全面做实。在国家医疗保障待遇清单制度的基础上，坚持基本保障、公平享有，尽力而为、量力而行，切实维护人民群众基本医疗保障需求。到“十四五”期末，我市基本医疗保险参保率稳定在95%以上，有效助力全体人民共同富裕。

一一建设阳光医保。全面推行政务公开，不断优化医保官网和公众号建设，创新公开方式，拓展公开领域，打造医保阳光政务。公示医保政务服务事项设定依据、受理条件、办事材料、办理流程、办理时间、办理地点、咨询方式等内容，医疗保障基本公共服务能力和水平进一步提升。促进医保阳光、高效、健康、有序运行。

一一建设满意医保。全面优化办事流程，持续改进服务质量，医疗保障基本公共服务制度规范和标准体系建立健全。不断完善医疗保障标准化、信息化和智能化应用平台，提高医保经办效率。防范化解因病返贫致贫长效机制基本建立。医疗保障服务水平稳

步提升，医保管理服务更加优化便捷，基本公共服务可及性提高，基本公共服务均等化基本实现，医保服务让人民更加满意。

——**建设责任医保。**医疗保障法治体系建设更加完善，制度政策法定化程度明显提升，多主体协商的共建共治共享机制更加健全，基金监管体制机制进一步健全，部门联动更加有力，智能监控广泛应用，医疗保障失信惩戒、社会监督激励制度机制不断完善，打击欺诈骗保高压态势持续巩固，基金运行安全稳健。医疗保障筹资机制进一步完善，医保基金绩效管理进一步加强。医药服务和医保支付方式改革持续深化。参保人员基本用药需求得到保障，医疗保险用药管理水平显著提高，药品费用合理控制。医药服务供给侧改革协同推进持续深化，完善以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制，治理药品、高值医用耗材价格虚高。基本定点医药机构管理更加规范。医保支付方式改革普遍实施。

到二〇三五年，我国将基本实现社会主义现代化，医疗保障改革发展将顺应我国达到中等发展国家水平、人民生活水平不断提高的新需求，在全面建成中国特色医疗保障制度体系的基础上，基本医疗保障制度实现规范统一，多层次医疗保障体系更加成熟，医疗保障经办管理服务体系全面建成，医保、医药、医疗协同治理格局总体形成，中国特色医疗保障制度优越性充分显现，全人群、全方位、全生命周期医疗保障能力显著提升，中国特色医疗保障治理体系和治理能力现代化基本实现，全民医疗保障向全民健康保障积极迈进。

专栏2 “十四五”时期主要指标与预期目标			
指标	2020年 基数	2025年 目标值	属性
1. 基本医疗保险参保覆盖率	95%以上	稳定在95%以上	约束性
2. 基本医疗保险基金收入	居民医保38.57亿元，职工医保（含生育保险）21.17亿元	收入规模与经济社会发展水平更加适应	预期性
3. 基本医疗保险基金支出	居民医保41.08亿元，职工医保（含生育保险）14.97亿元	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	预期性
4. 职工医保政策范围内住院报销比例	80%左右	稳定在80%以上	约束性
5. 居民医保政策范围内住院报销比例	70%左右	稳定在70%以上	约束性
6. 重点救助对象门特慢和住院救助比例	——	70%	预期性
7. 住院费用按病种分值付费覆盖面		覆盖100%	预期性
8. 公立医疗机构通过集采平台线上采购	药品75%、耗材少	药品90%、耗材80%	预期性
9. 集中带量采购品种	药品112、耗材1类	药品400、耗材5类	预期性
10. 住院费用跨省直接结算率	35%	70%	预期性
11. 医疗保障政务服务满意率	——	90%以上	预期性
12. 医疗保障政务服务事项线上可办率	10%	80%以上	预期性
13. 医疗保障政务服务事项窗口可办率	90%	100%	预期性

第二章 健全多层次医疗保障制度体系

第一节 大力实施全民参保工程

强化基本医疗保险覆盖全民，坚持依法参加基本医疗保险，

鼓励参加商业医疗保险、医疗互助等补充医疗保险，促进多层次医疗保障互补衔接，为人民群众提供保障可靠、费用可控、服务可及、质量优良的多层次医疗保障服务。

提升基本医保参保质量。按照应参尽参、依法参保的要求，推动各类人群参保。完善新就业形态从业人员参保缴费方式，落实灵活就业人员参保政策，提升参保缴费服务便利性。落实持居住证参保政策，更好实现居民在常住地参保。建立健全与公安、民政、卫生健康、市场监管、税务、教育、司法、扶贫等部门的数据共享交换机制，建立全民参保数据库，提升参保基础信息质量，实现参保信息实时动态查询。

优化参保缴费服务。深化医疗保险费征缴体制改革，全面实施自主申报缴费。积极与相关部门信息推送共享。做好流动就业人员跨统筹地区基本医保关系转移接续工作，清理并规范统筹地区不合理的待遇享受等待期限制性政策，促进参保与待遇享受无缝衔接。

鼓励参加各类补充医疗保险。规范各类补充医疗保险发展，鼓励参加各类补充医疗保险，更好发挥补充医疗保险的保障作用，促进各类参保人保障更充分、更可靠。支持发展公务员医疗补助、企业补充医疗保险等职工补充医疗保险。注重发挥各类市场主体作用，加快发展适合市场需求的商业医疗保险，鼓励社会慈善捐赠，支持医疗互助有序发展，规范发展各类网络医疗捐赠，支持医疗相互保险发展。

保障参保人员权益。全面加强医保参保人员服务工作。稳定和扩大基本医保覆盖率，加强医保政策宣传，完善用人单位依法参保制度，保障灵活就业人员参保需求，丰富参保缴费便民渠道，提高城乡居民参保积极性，保障持有居住证参加城乡居民医保的享受户籍人口同等待遇。逐步提高医疗保障待遇水平，提高经办服务能力，进一步简化医保转移接续流程，医疗费用即时结算，依法维护参保人员医疗保障权益。

第二节 完善基本医疗保障待遇机制

稳步推进基本医疗保障的规范统一，坚持尽力而为、量力而行，实事求是确定保障范围和标准，增强基础性、兜底性保障，强化基本医疗保险、大病保险与医疗救助三重保障，注重制度衔接，发挥保障合力。

巩固提升基本医疗保险待遇。促进基本医疗保险公平统一。坚持基本医保公平普惠、保障基本的定位，巩固提高基本医疗保险统筹层次，执行全省统一的基本医疗保险目录。巩固完善统一的城乡居民医保制度，提升整合质量。落实医疗保障待遇清单制度。科学界定基本制度、基本政策、基金支付项目和标准，实施公平适度保障，依规动态调整，促进医疗保障制度法定化、决策科学化、管理规范。纠正过度保障和保障不足问题。完善待遇保障机制。完善门诊费用保障，建立健全职工医保门诊共济保障

机制，改进职工医保个人账户计入办法，稳步推进职工医保门诊统筹。合理引导群众预期，稳定职工住院费用待遇保障水平，适当提高居民住院费用待遇保障水平，逐步缩小职工医保和居民医保待遇保障差距。统筹提高大病保险保障水平，提高并逐步取消大病保险封顶线。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。

健全重大疾病医疗保险和救助制度。按照国家和省统一部署，完善统一规范的救助制度，及时精准识别救助对象，实施分类分层救助。规范救助费用范围，合理确定救助标准，夯实救助托底保障功能。探索建立防范因病致贫返贫的长效机制，支持慈善救助等社会力量积极参与，筑牢医疗托底保障防线。

重大工程 1 重大疾病保障工程

- 夯实医疗救助托底保障功能。及时精准识别救助对象，实施分类分层救助。
- 建立防范因病致贫返贫长效机制。强化高额医疗费用支出预警监测。
- 积极引导社会力量参与保障。更好发挥慈善救助、医疗互助、商业医疗保险作用，促进各类保障更协同、更衔接。

巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果与乡村振兴战略有效衔接。巩固医疗保障脱贫攻坚成果，分阶段、分对象、分类别调整完善脱贫攻坚期贫困人口医疗保障政策措施，稳妥过渡待遇，做好政策衔接。有效衔接乡村振兴战略，不断完善基本医保、大病保险、医疗救助三重制度综合保障政策，合理确定脱贫人口医疗保障待

遇水平。持续治理过度保障，合理确定医疗保障标准，坚决防范福利主义。

建立医保扶贫长效机制。医疗保障扶贫过渡到基本医保、大病保险和医疗救助三道保障线的框架内进行，充分发挥商业保险和社会力量在贫困人口医疗保障体系中的作用。规范政府资助贫困人口参保机制。提高门诊特殊慢性病管理服务水平，简化贫困人口慢性病办理手续，保障贫困人口慢性病及时得到认定。充分发挥三道保障线梯次减轻贫困人口住院费用负担功能，合理控制贫困人口政策范围内自付费用比例。贫困人口住院医疗费用报销在市域范围内推行“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”，减轻贫困人口就医资金上的垫付压力。加大医保扶贫长效机制宣传，提升贫困人口医疗保障扶贫政策的知晓度。

健全重大疫情医疗保障机制。在突发疫情等紧急情况时，确保医疗机构先救治、后收费，健全重大疫情医疗救治医保支付政策，完善异地就医直接结算制度，确保患者不因费用问题影响就医。在省级文件指导下，探索建立重大疫情特殊群体、特定疾病医药费用豁免制度，有针对性免除医保目录、支付限额、用药量等限制条款，减轻困难群众就医就诊后顾之忧。统筹医疗保障基金和公共卫生资金使用，实现公共卫生服务和医疗服务有效衔接。

第三节 优化基本医疗保障筹资机制

着眼基金中长期平衡、可持续发展，建立健全与社会主义初级阶段基本国情相适应、与各方承受能力相匹配、与基本健康需求相协调的筹资运行机制，加强基金运行管理和风险预警。

完善基本医疗保险筹资机制。均衡个人、用人单位和政府三方筹资责任。建立基准费率制度，合理确定费率，动态调整完善，规范职工医保缴费基数。

加强医疗救助基金预算管理。科学编制医疗救助基金收支预算，加强财政对医疗救助投入，拓宽医疗救助筹资渠道。统筹用好财政资金、社会捐助资金。促进医疗救助统筹层次与基本医保统筹层次相协调，提高资金使用效率。建立医疗救助资金增长动态调整机制。

提高基金统筹层次。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。逐步规范统一市域内基本医保政策。强化基金预算管理，按照分级管理、责任共担、预算考核的思路，建立市、县（市、区）分级负责、各尽其职、风险共担的收支管理和缺口分担机制，提高基金使用效率和整体抗风险能力，促进基本医疗保险公平和可持续运行。

确保医保基金运行安全。提高基金预算管理水平。逐步将人口结构、发病率、医疗费用变化因素纳入，提高预算编制的科学性。加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理，强化绩效目标、绩效过程监控和绩效结果评估、结果运用。健全风险评估预警机

制。重点监测医疗费用增长与基金收入增长、群众负担水平的变化，推动化解基金运行风险由主要依靠增加征缴收入向主要依靠提高基金使用效率转变。加强中长期精算平衡。强化运行管理。防范系统性风险，合理调控基金结余水平，提高基金使用效率。建立健全严格的基金运行管理考核指标体系和激励约束机制，强化统筹地区管理责任，全面开展对统筹地区的基金运行评价。

第四节 建立管用高效的医保支付机制

坚持临床需要、合理诊治、适宜技术，完善医保目录、协议、结算管理，实现更有效率的医保支付。

提升医疗服务项目目录管理水平。建立科学、公正、透明的医疗服务项目动态调整机制，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。促进医疗服务新技术有序发展。

创新定点医药机构协议管理。完善医保协议管理，简化、优化医药机构的定点申请、专业评估、协商谈判程序。适应人口老龄化、群众多元医疗需求，将符合条件的各类医药机构纳入医保定点管理范围。结合统筹地区医疗保险基金收支情况，支持“互联网+医疗”等新服务模式发展。建立健全跨区域异地就医协议管理机制。制定完善统筹地区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，完善定点医药机

构退出机制。

专栏 3 医疗机构医疗保障定点管理

- 申请机构范围: 综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医医院、专科医院、康复医院; 基层医疗卫生机构; 独立设置的急救中心; 安宁疗护中心、血液透析中心、护理院; 养老机构的内设医疗机构
- 互联网医院可依托其实体医疗机构申请签订补充协议, 其提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用, 由医保经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。
- 申请基本条件: 至少正式运营 3 个月; 符合条件的医疗机构提出定点申请, 统筹地区经办机构应即时受理; 受理申请材料之日起, 评估时间不超过 3 个月, 医疗机构补充材料时间不计入评估期限。协议期限一般为 1 年。

持续推进医保支付方式改革。大力推进大数据在医保支付方式中的应用, 实行区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP), 实现按病种(DIP)分值付费为主, 医疗康复、慢性精神疾病等长期住院按床日付费, 门诊特殊慢性病按人头付费相结合的多元复合式医保支付方式。引导医疗机构主动控制成本, 规范诊疗行为。遴选中医特色病种实施按病种付费。探索对紧密型县域医疗联合体实行总额付费, 加强监督考核, 结余留用、合理超支分担。

建立健全协商谈判机制。健全医保支付协商谈判机制, 平衡医保基金和医疗服务机构利益, 构建多方利益趋同的新型服务供需格局。完善“以收定支、收支平衡、略有结余”的总额预算编制机制, 深化住院与门诊、药品(耗材)与医疗服务、统筹区内

就医与转外就医等之间的分期预算机制，建立针对不同支付方式的医疗服务行为监督管理办法，健全与医疗质量、协议履行绩效考核结果相挂钩机制，医保基金预付及结算管理机制。

第五节 健全严密有力的基金监管体制机制

把维护基金安全作为首要政治任务，坚持打击欺诈骗保全覆盖、常态化，加快建立医保基金监管制度体系和执法体系，构建全领域、全流程的基金安全防控机制，确保基金安全高效、合理使用。

推进基金监管改革。深化医保基金监管制度体系改革，大力推进国家医保基金监管方式创新试点、信用体系建设试点和智能监控示范试点工作，完善创新基金监管方式，加快形成可借鉴、可复制、可推广的工作经验。

健全基金监管制度。落实《江西省医疗保障基金使用监督管理办法》，规范监管权限、程序。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。建立和完善全覆盖基金监督检查制度，全面落实行政执法公示、全过程记录和重大执法决定法制审核制度。适应医保管理服务特点，建立并完善部门间相互配合、协同

监管的综合监管制度。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，形成系统高效的监督检查体系。

重大工程2 医保基金监督管理全覆盖工程

- 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。
- 现场检查全覆盖。健全常态化日常监管工作机制，坚持每年开展一次全覆盖式现场监督检查。现场检查由统筹地区医疗保障部门负责，对辖区内全部定点医药机构开展检查。
- 飞行检查全覆盖。省、市两级医保部门，联合相关部门组织开展飞行检查，飞行检查范围覆盖全市所有监管对象。
- 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，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。
- 监管责任全覆盖。纵向上，健全完善基金监管执法体系，加强市、县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。横向上，加强医保与卫生健康、公安、纪检监察、审计等部门的协同配合，发挥综合监管机制作用，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。

推行医保智能监控。结合全国统一的医保信息平台建设进度和总体要求，加快部署医保智能监管子系统实施应用，推进智能审核全覆盖。充分运用大数据、云计算、人工智能等新技术，对医疗服务行为、经办内控稽核等进行智能预警，加强与定点医药机构信息系统联通，推进医保费用直接结算、监管数据直接采集，

努力实现对医保基金使用的全方位、全流程、全环节智能监控。

专栏 4 基金监管智能监控

- 完成智能监管信息子系统落地应用，实现标准规则统一，并动态更新。
- 根据支付方式改革需要，适应长期护理保险、商业保险等发展，不断完善基础信息标准库和临床指南等医学知识库。
- 规范统一并不断丰富智能监控规则库。
- 开展药品、医用耗材进销存实时管理。
- 推广视频监控、生物特征识别等技术应用。
- 将异地就医、购药即时结算纳入智能监控范围。

加大欺诈骗保惩处力度。综合运用协议、行政、司法等手段，严肃处理欺诈骗保单位和个人。探索建立基金监管信用评价指标体系、定点医药机构动态管理机制，落实定点医疗机构医保工作院长负责制，推进行业自律、联合惩戒。对欺诈骗保行为性质恶劣、情节严重的医药机构，依法作出停业整顿、吊销经营资格、从业限制等处罚；对欺诈骗保情节严重的医务人员，依法吊销执业证书；对涉嫌犯罪的，依法追究刑事责任。健全医疗保障社会监督激励机制，完善欺诈骗保举报奖励制度，加大宣传引导和典型案例曝光力度，支持动员社会力量参与监管。

加强监管能力建设。坚持抓好基金监管干部业务培训和廉政教育，全面落实基金监管行政执法责任制和问责制，推进监管队伍专业化、规范化。健全经办内控规章制度，逐步建立信息披露制度，筑牢基金监管内控防线。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保基金监管，推行按服务绩效付费，切实提升监管质效。

第六节 积极促进各类补充医疗保障健康发展

适应新时代我市群众不断提升的健康需求，坚持共建共享共治，统筹调动政府、社会、市场各种力量，促进商业医疗保险、慈善救助、医疗互助等高质量发展，更好满足人民群众多元化保障需求。

鼓励发展商业医疗保险。大力推动商业医疗保险产品创新。鼓励商业保险机构创新完善保障内容，加强产品创新，提供多领域的综合性医疗保险产品和服务，做好与基本医疗保险的无缝衔接。发挥商业保险在健康保障领域的作用，引导商业保险机构创新完善保障内容，提高保障水平和服务能力。规范商业保险机构承办大病保险业务。

第三章 健全医疗保障服务体系

第一节 改革完善医药价格形成机制

药品、医用耗材集中带量采购制度改革。贯彻落实《国务院办公厅关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展

的意见》。探索组织开展全市药品医用耗材集中带量采购和使用工作，分层次、分类别开展全市医用中低值耗材集中带量采购。严格积极落实国家和省组织药品医用耗材集中带量采购政策，落实医保结余留用激励措施，引导医疗机构、医务人员优先使用中选产品，促进中选产品优先采购、合理使用，确保国家和省组织药品医用耗材集中带量采购工作落地落细。加强和完善市级医用耗材采购平台建设，健全市级平台阳光挂网采购制度，完善医用耗材挂网采购规则，促进公平竞争。

稳妥有序探索实施医疗服务价格改革。持续推进医疗服务价格管理，完善定调价规则和程序，探索建立适应社会发展、更好发挥政府作用、医疗机构充分参与、体现技术劳务价值的医疗服务价格形成机制。落实新增医疗服务价格项目申报制度，积极配合医疗机构向上申请新增医疗服务项目。探索建立医疗服务价格项目科学确定，灵敏有度的动态调整机制，持续优化医疗服务价格结构和比价关系。提升医疗服务项目信息化管理水平，形成以价值为导向的医疗服务价格评估机制，提高医疗服务价格治理的社会化、标准化、智能化水平。

第二节 协同推进医药服务供给侧改革

促进医疗服务能力提升。发挥医保第三方优势，健全医保对医疗行为的激励约束机制以及对医疗费用的控制机制。建立医保

对医疗服务行为的激励约束机制，健全医保经办机构与医疗机构间“协商谈判、总额管理、结余留用、合理超支分担”的激励和风险分担机制，提高医疗机构自我管理的积极性，促进医疗机构从规模扩张向内涵式发展转变。

提高医药产品供应和安全保障能力。建立药品专利链接制度，加快推进仿制药质量和疗效一致性评价，有序引入国际优质仿制药产品，适当增加更加多元化的集中采购参与主体，完善唯一标识政策，拓展医疗器械唯一标识在卫生、医保等领域的衔接应用。严格药品监管，完成药品追溯协同服务平台和国家药品追溯监管系统建设，保证药品安全。健全短缺药品监测预警和分级应对体系，加大对原料药垄断等违法行为的执法力度，进一步做好短缺药品保供稳价。逐步建立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，确保谈判药品落地。支持药店连锁化、电商化发展，更好发挥药师的作用。

强化协商共治机制。探索形成医保利益相关方定期协商机制，建立健全医保经办机构、参保人代表、医院协会、医师协会、护理协会、药师协会、药品生产流通企业等参加的谈判程序。开展区域协商共治试点示范，促进医药领域各利益主体协同发展。

第三节 健全医疗保障管理服务体系

完善医疗保障经办管理和公共服务体系，全方位推进线上线

下公共服务融合发展，持续推进医保治理创新，优化医疗保障公共管理服务，提高保障质量，增强治理效能，为参保群众和单位提供更加便捷、优质、高效、精细的服务

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，积极落实国家和省各项公共服务标准，建立统一规范的医保公共服务和稽核监管标准体系。加强医疗保障公共服务机构内控部门和内控制度建设，紧扣工作流程和办事程序，制定风险管理台账，切实维护医保基金安全。统一经办规程、规范服务标识、经办窗口设置、服务事项、服务流程、服务时限。建立覆盖市、县、乡镇（街道）、村（社区）的医疗保障服务网络，依托镇（街）政务服务中心、村（社区）综合服务中心，通过设立正式岗位、购买服务等方式，设立专兼职服务专员，大力推进服务下沉。补齐基层医疗保障公共管理服务能力配置短板，提高医疗保障经办管理服务可及性。

按照国家局和省局部署，积极参与国家“医疗保障服务示范工程”，严格执行全国医疗保障管理服务窗口标准规范和示范窗口评定标准。

提高公共服务能力和水平。规范业务基础标准，严格落实全省医疗保障政务服务清单、办事指南和业务表格。坚持传统服务方式与智能化服务创新并行，不断提升服务质量，落实政务服务事项网上办理，构建网上线下多种形式多层次的医疗保障公共管理服务平台，努力打造群众满意的医疗保障服务。持续完善

“12345”政务服务热线医保服务功能，实现“一个号码问医保”的初衷。建立健全跨区域医保管理服务协作机制。按照国家局和省局部署及进度要求，积极做好我省医疗保障政务服务事项跨省通办工作，推进基本医保关系转移接续、异地就医备案和门诊费用跨省直接结算等高频政务服务“跨省通办”，积极配合推动门诊慢特病病种待遇认定、意外伤害待遇备案等政务服务事项“省内通办”，重点推进跨区域医保公共服务管理一体化。

专栏 5 医疗保障政务服务事项跨省通办和省内通办

- 推进基本医疗保险参保信息变更、城乡居民基本医疗保险参保登记、基本医疗保险关系转移接续、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。
- 推动异地就医直接结算、基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定、基本医疗保险参保人员意外伤害待遇备案、异地安置退休人员备案、异地长期居住人员备案、常驻异地工作人员备案、异地转诊人员备案(含异地急诊)等政务服务事项省内通办。
- 加强部门间数据共享，提升“跨省通办”和“省内通办”数据共享支撑能力
- 支持省内各医保部门进一步拓展“省内通办”医保政务服务的范围和深度。

建立健全政务服务“好差评”制度。加快建立医疗保障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，实现“好差评”政务服务事项全覆盖、评价对象全覆盖、服务渠道全覆盖。依托全省统一的医疗保障信息平台，贯通各级各类线上线下评价渠道，实现全市“好差评”内容同标准提供、评价结

果同源发布、差评结果在线反馈、评价数据统一归集。聚焦难点问题，明确优化便民服务措施。推进医保政务服务“好差评”示范区建设。

重大工程 3 医疗保障政务服务“好差评”提升工程

- 聚焦“扩大医保覆盖面、简化医保参保、转移接续手续、简化医保报销手续、门诊费用跨省直接结算和清理定点医疗机构申请条件、扩大联网定点医疗机构范围等”群众关心关注的热点难点问题，进一步优化明确便民服务措施。
- 依托省医保信息平台，将我市医保“好差评”系统加入全省统一数据收集分析。
- 单位和群众可对政务服务事项清单（经办服务事项清单和集中采购服务事项清单）内所有服务事项相关的服务机制、服务效率、服务收费、服务态度、服务水平、服务质量等开展评价。
- 建立差评和投诉问题调查核实、督促整改和反馈机制。
- 实名差评回访率达到 100%，原则上应在 10 个工作日内向评价人反馈整改情况。
- 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政务服务评价信息，推动形成愿评、敢评、评了管用的社会共识。

完善异地就医直接结算服务。加强异地就医信息化、规范化和标准化建设，提升异地就医精细化管理服务能力。统一基本医保异地就医直接结算管理政策，完善住院费用异地就医直接结算，全面实现门诊费用跨省直接结算，提高异地就医直接结算率。完善异地就医协同机制，实现异地就医备案网上办理全覆盖，提高参保人员异地就医获得感。优化异地就医资金收支流程，将异地就医联网结算管理纳入就医地定点医药机构协议管理内容。

按照国家局部署，积极参与“国家异地就医结算能力建设工

程”。严格执行全国统一的异地就医经办业务流程、标准规范。严格跨省异地就医资金运行，提高资金使用效率和清算效率。加强异地就医协同管理，提高异地就医服务便捷性。

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。依托医保诚信记录，逐步推广发展医保电子病历，推进医疗电子票据使用。鼓励有条件的地区探索建立慢性病互联网诊治、第三方药品配送上门的服务新模式。

按照国家局统一部署，逐步实现医保结算服务新模式。进一步做好诊间结算、床边结算、先诊疗后付费服务，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。

健全完善医保协议管理。加强医疗保障定点医疗机构管理，简化优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序，统一规范并动态调整医疗保障服务协议范本，创新管理方法，加强事中事后监管。建立健全跨区域就医协议管理机制。适应人口老龄化、群众多元医疗需求，将符合条件的各类医药机构等纳入医保定点，支持“互联网+医药服务”等新业态医药服务发展。推进定点医药机构医保精细化管理，落实协议管理、加强费用监控、强化稽查审核，建立考核评价及退出机制，推动定点医药机构绩效考核结果与应用挂钩，提高医保协议管理的现代化治理能力。

按照国家局要求，进一步明确申请定点机构范围和互联网医院申请定点手续和签订补充协议办法。进一步明确申请定点基本

条件、受理、评估时限和协议期限。

探索医保经办治理机制创新。健全共建共治共享的医保治理格局，探索医保经办机构法人治理建设，推进医保经办管理服务与各地政务服务、网上政务服务平台衔接，鼓励支持商业保险、银行等社会力量参与医保经办管理服务。发挥定点医疗机构医保办作用，延伸经办管理服务网络。在有条件的地区探索建立医保公共服务的竞争机制。

第四节 积极应对人口老龄化

完善生育保险政策措施。积极贯彻应对人口老龄化战略要求，完善生育保险政策，巩固扩大生育保险覆盖面，做好生育保险生育医疗费用、生育津贴待遇保障。继续做好居民医保参保人员生育医疗费用待遇保障。

提升医疗保障适老服务水平。加强医保经办服务大厅和窗口建设，合理配备网点，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，支持老年人更多享受智能化成果，更好融入智能社会。

第四章 构筑坚实的医疗保障支撑体系

“十四五”时期全民医疗保障创新发展的任务十分艰巨，必

须紧扣目标任务,广泛动员和吸纳各方力量,采取切实可行措施,按时实现本规划目标任务。

第一节 全面推进医疗保障法治建设

深入学习习近平总书记全面依法治国新理念新思想新战略,切实贯彻落实党中央全面依法治国基本方略,全面推进医疗保障法治建设,提高宜春医疗保障治理法治化水平。

进一步健全全市医疗保障法律规范体系和医疗保障行政处罚程序,确保医疗保障行政执法有据可依,有规可循。

加强行政规范性文件制定和监督管理。落实医疗保障法规政策、规范性文件和重大行政决策、执法决定的合法性审查制度,保证其合法性、有效性,促进医疗保障制度法定化、决策科学化、管理规范化。

深入推进“放管服”改革。严格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、重大执法决定法制审核等制度,全面推进医疗保障“互联网+监管”工作,推进“双随机、一公开”监督检查。加强依法行政制度建设,健全依法决策机制,建立健全医疗保障法律顾问和公职律师工作制度,充分发挥其在医疗保障合同把关、重大行政执法决定法制审核、规范性文件合法性审查、代理行政诉讼案件等方面的作用,切实提高医疗保障法律服

务工作实效。完善行政复议和行政应诉工作制度。

开展法治教育，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。强化医保执法人员业务培训，通过普法知识竞赛、普法宣传活动，增强依法行政、公正执法的意识，提高执法水平。

第二节 加强干部人才队伍建设

坚持人才引领发展的战略地位，健全机制，强化激励担当，努力造就一支心中有理想，肩上有担当，身上有本领，脚下有定力的“四懂四能四有”、忠诚务实干净担当的高素质医保干部队伍。

优化干部人才队伍结构。坚持德才兼备，努力打造一支数量充足、充满活力、结构合理的高素质专业化干部队伍。健全完善机构编制设置，完善干部选拔任用、考核评价、监督管理、激励保障等制度。建立年轻干部培养发展中长期规划，加强干部交流培养，加强与高校科研院所等机构的合作交流，充分发挥高端智库和专业机构的支持作用。

建立常态化的培训机制。将医疗保障继续教育纳入医疗保障系统干部教育培训总体规划，抓好新政策、新法规、新方法的集中学习培训，探索建立医保部门、医疗机构、高校科研院所等联合培养人才机制，实现市、县医保干部培训全覆盖，拓宽视野，

更新知识，不断提高各级医疗保障干部政治和业务能力和水平。

第三节 促进安全发展

坚持统筹发展和安全发展，树立底线思维，加强对基金运行安全、医保内部机构安全和数据安全的管理，为医疗保障高质量发展提供坚实支撑。

强化基金管理。防范基金运行系统性风险，促进基金运行区域平衡，保持合理的基金结余水平，提高基金使用效率。建立健全严格的基金运行管理考核指标体系和激励约束机制，落实统筹地区管理责任，全面开展对统筹地区基金运行评价。

确保数据安全。健全医疗保障信息安全规章制度，认真执行国家和省局制定的相关医疗保障信息安全标准，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。维护医疗保障信息系统运行安全。

加强内部控制。建立流程控制、风险评估、运行控制、内审监督等内部控制工作机制，及时发现医保公共服务过程中的安全隐患并有效防范，确保不发生系统性、冲击底线的重大安全问题。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 推进医疗保障信息化标准化发展

以加入全省医疗保障信息平台为基础，加强医保电子凭证推广应用，健全标准化工作体制机制，进一步提升大数据应用水平，为新时代医疗保障事业高质量发展提供强而有力的信息化支撑。

依照省局统一部署，建设新医保系统，加入全省医疗保障信息平台。持续优化我市医疗保障信息平台服务能力，加强线上线下多渠道服务相结合的服务能力建设，构建宜春市医疗保障便捷可及的服务经办体系。推进医保系统基础设施集约化建设，实现监督管理方式智能化转变。

重大项目 1 加入全省医疗保障信息平台的新医保系统建设

遵循国家和全省一体化医疗保障信息平台建设要求，建设我市新一代医保信息系统，并纳入全省医疗保障信息平台，实现医保业务经办、基金财务管理、药品和医用耗材招采、公共服务、综合监管、宏观决策等系统的部署实施和应用。构建宜春医疗保障便捷可及、规范高效、智能精准、安全可靠的服务支撑体系。

推广医保电子凭证应用。实现医保经办机构和定点医药机构医保电子凭证的普遍应用，覆盖就医购药结算、公共服务、办理参保信息查询和经办机构日常管理等广泛多种应用场景，进一步提升参保群众满意度，加快形成以医保电子凭证为载体的医保“一码通”服务管理新模式。

提升医保大数据应用水平。推动云计算、移动互联、物联网、大数据等信息技术在医疗保障行业中的应用，实现对医疗保障政

策执行情况、业务运行情况、业务关联变化情况等信息的深入分析和数据挖掘。推进部门间数据有序共享，依法依规在电子政务共享平台上共享数据，进一步夯实参保基数，提升治理水平。

完善标准化工作体制。按照上级统一部署，建立医疗保障业务上下联动、部门合作、职责分明的标准化工作机制，推进部分标准与卫生健康、药监等部门的共治共享机制。提升管理服务水平。强化医疗保障标准日常管理维护，完善落地应用长效机制。

第五节 强化财政保障

加强中期财政规划与全民医疗保障发展规划实施的衔接协调，建立与我市医疗保障工作相匹配的政府预算安排机制。各级医疗保障部门要积极争取有关部门加大对医疗保障事业的支持力度，加大医疗保障财政补助资金、医疗救助资金等专项资金投入，用好中央、省级财政补助我市医疗服务与保障能力提升资金，支持医疗保障重大项目的实施，统筹安排部门预算，保障医疗保险公共服务机构基础建设和正常工作运转，提高医疗保障公共服务的供给水平。

第六节 推动协调发展

按照国家长江经济带等重大战略部署，抓住促进中部地区崛

起战略机遇，协同推动丰城、樟树、高安、奉新、靖安融入大南昌都市圈、推进宜新萍三市区域一体化建设、推进袁州、万载、铜鼓参与赣湘区域合作等区域发展规划，充分协调好各地之间医疗保障的发展，推动医疗保险扩大备案机构数量，实现定点信息互认，医疗费用直接结算和医疗资源共享。加强医药产品集中采购合作，降低群众医疗费用负担。推进医疗保障协同监管，维护医疗保险基金安全。实现全市医疗保障工作协同创新，联动发展，互补发展。

第七节 加强统计监测

健全统一管理、分工负责的统计管理体制机制，建立现代统计调查制度，形成常规报表、行政记录、专项调查、快速调查、定期监测相结合的多元统计调查体系。搭建统计分析交流平台，完善统计分析和决策咨询机制，大力推进“智慧医保”建设，注重运用互联网、大数据技术提高数据信息的及时性、全面性和准确性。健全规划实施统计监测评估机制，开展动态统计监测评估工作，把统计监测评估结果作为改进医疗保障工作和绩效考核的重要依据。

第八节 加强科研支撑

牢牢把握深化医疗保障制度改革主线，加强医疗保障基础理论和应用研究，建立健全专家决策支持机制，充分发挥“人才智库”作用，整合科研资源，用好外智外脑，汇智聚力，为我市医疗保障事业高质量发展提供系统科学的理论指导、决策参考和技术支撑。

第五章 强化规划实施

第一节 加强组织领导

医疗保障工作必须始终坚持把党的建设摆在首位，增强“四个意识”，坚定“四个自信”，坚决做到“两个维护”，不折不扣坚决贯彻党中央各项决策部署，始终在思想上政治上行动上同以习近平同志为核心的党中央保持高度一致，确保医疗保障工作始终保持正确的政治方向。要深入学习习近平总书记关于医保工作的重要论述和指示精神，坚决贯彻落实党中央、国务院、省委、省政府和市委、市政府的决策部署，严守政治纪律和政治规矩，持之以恒改进作风，着力提升狠抓落实能力，有针对性地破解难题，坚决打通政策落地的最后一公里。

第二节 加强宣传解读，回应社会关切

加强规划宣传解读，创新宣传载体，畅通宣传渠道，大力宣传各地医疗保障部门推动规划实施的经验、做法和成效。完善新闻发布制度，及时准确发布权威信息。加大新闻宣传力度，做好重大政策解读，引导社会舆论。建立网络舆情监测收集、分析研判机制，畅通规划宣传渠道，提高规划宣传的广度、深度和力度，提升规划宣传效果，完善网评机制，及时回应社会关切，积极营造有利于规划实施的舆论氛围，为深化医疗保障制度改革提供良好的舆论环境，确保规划各项目标任务落实落地。

第三节 抓好规划落实落地

建立健全规划实施机制，加强规划实施的动员部署、统筹协调和宏观指导，制定规划目标任务分解方案和重大项目实施管理办法。加强各级医保规划的衔接，确保我市医保规划和省级医保规划、全国医保规划“一盘棋”。要将落实规划作为重点工作，以重大工程、重大项目、重大政策为抓手，明确责任主体、实施时间表和路线图，加强年度计划编制实施，健全规划实施监督。建立部门协同机制，强化医保、医疗、医药制度政策与规划的有效衔接，大力推动地方党委政府加强对医疗保障的统筹指导，积极推动将重要指标纳入相关政府重点工作和考核责任目标，为规划实施提供保障，确保各项任务落实到位。县级医疗保障部门依据本规划，结合实际，制定实施本地全民医疗保障发展规划。

