

福州市人民政府办公厅文件

榕政办〔2022〕47号

福州市人民政府办公厅关于印发 福州市“十四五”全民医疗保障专项规划的通知

各县（市）区人民政府、高新区管委会，市直各委、办、局（公司），市属各高等院校，自贸区福州片区管委会：

《福州市“十四五”全民医疗保障专项规划》已经市政府研究同意，现印发给你们，请结合实际，认真组织实施。

福州市人民政府办公厅
2022年3月31日



（此件主动公开）

福州市“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 发展形势	10
第二章 总体要求	12
第一节 指导思想	12
第二节 基本原则	12
第三节 发展目标	14
第三章 健全多层次医保制度体系	17
第一节 提升基本医保参保质量	17
第二节 完善基本医保待遇机制	18
第三节 优化基本医保筹资机制	21
第四节 落实管用高效的医保支付机制	22
第五节 健全严密有力的基金监管机制	25
第六节 鼓励发展商业健康保险	29
第四章 健全医保服务体系	30
第一节 助力完善医药价格形成机制	30
第二节 助力医药服务供给侧高质量发展	31
第三节 健全医保管理服务体系	32
第四节 积极应对人口老龄化	37

第五章 构筑坚实的医保支撑体系	39
第一节 强化法治保障	39
第二节 促进安全发展	40
第三节 推动智慧医保发展	41
第四节 健全标准化体系	43
第五节 加强队伍建设	43
第六章 保障措施	44
第一节 加强组织领导	44
第二节 加大投入力度	45
第三节 加强监督评价	45
第四节 营造良好环境	45

前 言

为推动我市医疗保障高质量发展，实现医疗保障制度更加成熟定型，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、医保管理服务等领域改革目标，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《国家“十四五”全民医疗保障规划》《福州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》，以及市委、市政府深化医药卫生体制改革的要求，编制实施《福州市“十四五”全民医疗保障专项规划》。本规划明确“十四五”时期福州市医疗保障发展的指导思想、主要目标、重点任务和保障措施，是“十四五”时期全市医疗保障工作的重要指南，是制定医疗保障各年度工作计划和安排项目建设与政府对医疗保障投入的主要依据。

本《规划》基期为2020年，规划期为2021—2025年，由福州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、市政府的正确领导下，在上级医保部门的统筹部署下，福州市扎实推进医疗保障改革发展各项任务，稳步提高医疗保障水平，切实保障全市人民群众医疗需求，实现了医疗保障事业“十三五”规划的良好收官。

（一）医保覆盖面不断扩大。推动医疗保障制度整合，实行职工基本医保、城镇居民基本医保、新型农村合作医疗“三保合一”管理体制，并将医药价格管理、药品和医用耗材招标采购、医疗救助等职能纳入医保统一管理，更好地发挥医保在医疗、医保、医药联动改革中的基础性作用。整合城镇居民基本医保、新型农村合作医疗为城乡居民基本医保，统一城乡居民基本医保待遇，全面实现基本医保市级统筹，基本医保制度更加公平可及。推进职工基本医保与生育保险合并实施，统一参保登记、统一基金征缴管理、统一医疗服务、统一经办和信息服务。改革完善职工基本医保个人账户，实行职工基本医保个人账户家庭共济，提高个人账户资金使用效益。截至2020年底，全市基本医疗保险参保644.70万人，其中职工基本医疗保险参保171.2万人，城乡居民基本医疗保险参保473.5万人，基本医疗保险参保率稳定在95%以上，在全省基本医保参保率考评中位居第二。医疗救助政府补助水平稳步提高，大病保险和医疗救助保障功能不断加强。

（二）推进药品、医用耗材采购工作。落实国家和省药品集中采购工作要求，2017年5月1日起我市所有公立医疗机构均在省药械联合限价阳光采购平台采购药品。2018年5月1日至2020年12月31日，全市241家公立医疗机构药品交易共计1.3万个品种，采购金额129亿元，患者药品负担显著减轻。按照省医保局《关于做好医疗器械（医用耗材）阳光采购结果全省共享工作有关事项的通知》，自2018年7月23日起我市在医保定点公立医疗机构全面实行医疗器械（医用耗材）阳光采购结果全省共享。截至2020年12月底，我市共有12家三级医疗机构、25家二级医疗机构、45家二级以下医疗机构在省级平台上共享耗材采购信息1142万条，累计17.27亿元。

（三）深化医保支付方式改革。按规定执行国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录以及诊疗项目、医疗服务设施目录。建立并推广按疾病诊断相关分组付费体系，2017年7月福州市第一医院被确定为全国实施C-DRG的三家试点公立医院之一，经过一年半的模拟运行，2020年3月起正式实施C-DRG收付费政策。对闽清、永泰等紧密型县域医疗卫生共同体（以下简称“医共体”）实行医保基金打包支付，统筹医保基金和公共卫生经费的使用，将公共卫生经费一并打包给医共体，赋予医共体健康管理责任，促进基层诊疗模式向以健康为中心转变。同时，实行多元复合式医保支付方式，对住院医疗服务、慢性病住院医疗

服务、基层医疗服务等实行不同的付费制度。

（四）强化医保基金监管。创新监管方式，实行日常监管和专项治理相结合，综合运用信息化手段开展重点药品、医用耗材和诊疗项目的日常监管、预警分析，推动传统人工事后稽核模式向事前预警、事中控制和事后监管转变，推动医保基金全领域全流程监管。综合运用智能监控、现场检查、突击检查等方式，推动定点医药机构日常监管全覆盖。巩固扩大打击欺诈骗取医保基金专项行动成果，针对不同监管对象多发、高发的违规行为特点以及每年发生的热点、难点等问题，开展有针对性的重点专项检查。完善医保定点机构协议管理制度。初步构建常态化、多形式、多部门联动的长效稽核机制，维护医疗保障基金安全运行。推进对医保基金监管信用体系建设试点，对两定机构以及医保医师、定点医药机构法定代表人、参保人等主体开展信用评价并进行分级分类管理，与“双随机、一公开”工作相结合，并将医保信用积分对接福州信用“茉莉分”，纳入福州市城市信用平台联合监管。2019年试点工作取得显著成效，并在国家医保局组织的专家评审中获得“优秀”结果认定。

（五）脱贫攻坚成效显著。实施医保扶贫三年行动计划，将农村贫困人口的城乡居民基本医疗保险大病保险起付线再降低50%、支付比例再提高5个百分点，切实增强大病保险的保障功能。全面落实福建省精准扶贫医疗叠加保险，提高第一道补助封顶线，

将第二道补助的病种从 13 种增加到 34 种，扩大大病救治试点医院范围，新增第三道补助。2020 年精准扶贫医疗叠加保险累计赔付 385.57 万元，报销比例达到 95.5%。实施健康扶贫商业补充保险，2020 年全年赔付 346.91 万元，较好发挥了兜底保障功能。同时，针对黑户、未办理二代身份证等无法制作社会保障卡的部分贫困人口，在全省率先制作“特殊扶贫卡”，确保贫困人口就医实现“一站式”结算。

（六）疫情防控保障有力。扎实推进疫情防控工作，确保患者不因费用问题影响就医，确保收治医疗机构不因支付政策影响救治。截至 2020 年底，累计收治新冠肺炎感染患者 318 人，医疗总费用 468.97 万元。统筹做好疫情防控和经济社会发展，落实疫情期间企业职工基本医保费阶段性减征、缓征政策，惠及全市 7.8 万家参保企业，2020 年共计减征医保缴费 8.64 亿元。2020 年度福州市医疗保障局成为全省唯一获得“全国医疗保障系统抗击新冠疫情先进集体”荣誉称号的单位。

（七）持续优化医保经办服务。全市全面推行集成服务，实现“一窗受理，全城通办”，医保政务服务事项线上可办率达到 72%，医保政务服务事项窗口可办率达到 100%。不断深化“放管服”改革，2376 个村卫生所开通医保服务，基本实现“村村通”。全面实施跨省异地就医住院直接刷卡结算，简化备案流程，扩大备案范围，实行多渠道备案。

（八）群众获得感稳步提升。基本医疗保险的保障水平逐年提高，2020年职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险住院费用政策范围内报销比例分别达到84.5%和66%，基本医疗保险基金在基层医疗机构支出比例逐年提升，群众就医更加方便。政府加大对基本医疗保险的投入，2020年市级财政对城乡居民基本医疗保险最低补助标准为580元，比“十二五”末期增加180元。新增财政补助资金重点向贫困人口和大病保险倾斜，125种药品和5类高值医用耗材集中带量采购，挤压药品耗材虚高价格，减轻了群众就医负担。探索互联网医院诊疗医保网上结算服务，鼓励参保人员激活医保电子凭证。

第二节 发展形势

“十四五”时期是医疗保障制度改革的重要机遇期和攻坚期，我市的医疗保障高质量发展面临新形势与新挑战。

（一）医保发展不平衡不充分。医保地区间差异大，筹资待遇存在差距，人口流动和就业形势变化对医保提出更高要求。医保基金支付能力的有限性与人民群众日益增长的健康需求之间的矛盾突出，重大疾病保障水平与群众期待仍有差距。慢性疾病成为威胁健康主要因素的同时，新冠肺炎疫情在全球大流行影响深远。

（二）医保基金收支平衡压力增大。医疗费用增幅高于医保基金收入，减税降费、疫情期间特殊政策、“两险”合并实施、生

育津贴天数延长等医保政策调整，人员流动和跨区域就医带来基金收支平衡压力增大，大数据在医保控费领域应用不足。

（三）人口老龄化带来医保基金支出压力。2020年全市60岁以上老年人占户籍总人口比例为19%。人口老龄化对医疗保障和长期护理保障的需求持续上升，及职工基本医疗保险参保退休人员不缴费制度，增大了医保基金支出压力。

（四）群众健康需求多元化。随着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，对医保体系提出了更高的要求，多层次医保体系亟待健全。

（五）“三医联动”改革有待深化。医疗、医保、医药联动改革的整体性、系统性和协同性仍需提升，医保在“三医联动”改革中的基础性作用发挥不够充分，引领医疗、医药服务供给侧改革成效不够明显。

（六）基金监管长效机制需要健全。医保基金监管形势还比较严峻，监管基础有待夯实，长效监管机制需要加快建立，医保立法和执法基础比较薄弱，智能监管的应用有待推进。

（七）医保公共服务能力不足。医保基层公共服务能力与群众便捷化需求存在差距，信息化、标准化建设仍不能适应改革发展需求，“互联网+医保”的应用需要持续拓展，精细化管理水平有待提高。医保经办机构建设有待加强，医保管理队伍人员不足，业务素质 and 适应新时期医保形势发展的能力需要提升。

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和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，坚决落实市委、市政府深化医疗保障制度改革的决策部署，在省医保局的正确领导下，坚持以人民为中心的发展理念，坚持新发展理念，以全方位高质量发展超越为主题，以保障人民群众健康为目标，落实省医保局的相关政策，强化精细化管理，加快建设覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次医疗保障体系，建设公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医保，推进我市医疗保障和医药服务高质量协同发展，为群众提供保障可靠、费用可控、服务可及、质量优良的多层次医疗保障服务，提升群众的获得感、幸福感、安全感。

第二节 基本原则

（一）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，牢牢把握新发展阶段的要求，坚决贯彻落实新发展理念，助力构建新发展格局，为我市医保制度成熟定型提供根本保证。

（二）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，深入

实施健康福建行动计划，实施更加系统、更加高效、更高质量的医保，实现好、维护好、发展好最广大人民群众的健康权益。

（三）坚持覆盖全民、公平统一。将基本医保作为基本权益依法覆盖全民，遵循普惠公平、互助共济、权责匹配，推动制度规范统一，提高基本医保公平性、有效化解重大疾病风险。

（四）坚持保障基本，更可持续。坚持尽力而为、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，防止保障不足和过度保障，提高基本医保基金共济能力，防范化解基金运行风险，确保制度可持续，基金可支撑。

（五）坚持系统集成，协同高效。坚持系统观念，强化政策集成，统筹推进存量调整和增量优化，促进供给侧改革与需求侧管理动态平衡，增强医疗、医保、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。探索建立医保、卫健、财政等多部门协调联动、共同决策的医疗保障政策研究制定机制，促进“药、价、保”集成改革、深度联动，形成高水平、多层次、多元化的医疗保障体系。

（六）坚持精细管理、优质服务。强化医药机构定点管理和医保机构经办管理，实施更有效率的医保支付、健全监管体制机制，统筹提升传统服务方式和线上服务方式，促进医保可持续健康发展，提升群众获得感。

（七）坚持共享共治、多方参与。坚持政府、市场、社会协

同发力，鼓励商业医保发展，促进多层次医保有序衔接，发挥医保基金战略性购买作用，强化医疗、医保、医药多主体协商共治，加强社会监督，提高治理水平。

第三节 发展目标

到 2025 年，全市医疗保障制度更加成熟定型，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：

（一）建设公平医保。基本医保更加规范统一，各方责任更加均衡，待遇保障机制更加公平适度，保障范围和标准与经济社会发展水平相适应，制度间、人群间、地区间差距逐步缩小，缴费进一步均衡，待遇清单制度有序实施，住院费用报销比例保持稳定，门诊共济保障能力明显提升，医疗救助、重大疫情医疗救治费用保障等托底保障功能持续增强，公共服务体系更加健全，医保公共服务可及性显著提升。

（二）建设法治医保。医保法治体系建设不断完善，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，基金监管制度体系更加完善，长效监管机制全面形成，行政执法进一步规范，个人依法参保缴费，全社会医保法治观念明显增强。

（三）建设安全医保。统筹发展和安全取得积极成效，防范

化解因病致贫返贫长效机制基本建立，医保安全网更加密实，基金安全稳健，群众安全感得到提升，医保信息平台安全运行，数据安全管理工作持续强化。

（四）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、电子社保卡普遍推广，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，推动落实“跨省通办”医保高频服务事项。

（五）建设协同医保。多层次医保作用协同发挥，各类保障有机衔接，医疗、医保、医药“三医联动”改革“全联”与“深动”协同发展，医保战略购买作用有效发挥，推动医保和医药服务高质量协同发展，使人民群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

主要指标与预期目标

主要指标	2020年	2025年	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	约束性
基本医保（含生育保险）基金收入	111亿元	收入规模与福州经济社会发展水平更加适应	市医保局	预期性
基本医保（含生育保险）基金支出	101亿元	支出规模与福州经济社会发展水平、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	84.5%	88%左右	市医保局	预期性
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）	66%	71%左右	市医保局	预期性
重点救助对象符合规定的住院医疗费用救助比例	-	70%左右	市医保局	预期性
个人卫生支出占卫生总费用的比例	-	25%左右	市卫健委、市医保局	约束性
住院费用按病种收付费病种数量	-	不少于 600 个	市医保局	约束性
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金额的比例	80%	85%以上	市医保局、市卫健委	预期性
药品集中带量采购品种	国家和省级药品 125 个	国家和省级药品 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
住院费用跨省直接结算率	-	80%以上	市医保局	预期性
医保政务服务事项线上可办率	73%	86%以上	市医保局	约束性
医保政务服务事项窗口可办率	100%	100%	市医保局	约束性

到 2035 年，我市在全面建成中国特色医保制度体系的基础上，基本医保制度实现规范统一，多层次医保体系更加成熟，医保经办管理服务体系全面建成，医疗、医保、医药协同治理格局总体形成，中国特色医保制度优越性充分显现，全民医保向全民健康保障积极迈进。

第三章 健全多层次医保制度体系

第一节 提升基本医保参保质量

（一）依法依规分类参保。落实参保政策，单位就业人员随单位参加职工基本医保；除职工基本医保应参保人员以外的其他所有城乡居民参加城乡居民基本医保；灵活就业人员可根据自身实际选择以个人身份参加职工基本医保或城乡居民基本医保。完善灵活就业人员参保缴费方式，落实困难群众参保资助政策。

（二）实施精准参保扩面。在省医保局建立健全与公安、司法、民政、卫生健康、市场监管、税务、教育、扶贫（乡村振兴）等部门的数据共享交换机制的基础上，加强部门数据比对，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，建立健全覆盖全市人民的参保数据库，实现精准扩面和参保信息实时动态查询，避免重复参保，提升参保质量。巩固提高职工和城乡居民参保覆盖率，全市医保参保覆盖率达到 96% 以上。

（三）优化参保缴费服务。深化医保费用征缴体制改革，全面实施单位自主申报缴费。加强城乡居民参保缴费服务，压实乡镇街道学校参保征缴责任。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。鼓励统筹地区社会保险单位参保登记互认与信息推送共享。适应人口流动和就业转换需要，做好跨统筹区域地区就业人员基本医保关系转移接续工作。完善新就业形态从业人员参保缴费方式，提升参保缴费服务便利性。

第二节 完善基本医保待遇机制

（一）促进基本医保公平统一。坚持基本医保保基本的定位，实行职工基本医保和城乡居民基本医保分类保障，基金分别建账、分账核算。执行国家统一医保药品目录，规范医保支付政策确定办法。严格落实医保待遇清单制度，管理规范化，防范过度保障和保障不足问题。

（二）合理确定基本医保待遇保障水平。统筹门诊和住院待遇政策衔接，根据经济社会发展水平和基金承受能力，稳步提升基本医保保障水平。健全完善职工基本医保门诊共济保障机制，全面建立职工基本医保门诊统筹制度，规范门诊特殊病种用药和病种范围。推进职工基本医保个人账户改革，完善职工基本医保个人账户计入办法。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。提高城乡居民基本医保门诊保障水平，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，推动城乡居民基本医保待遇水平与经济发展水平相匹配，补齐城乡居民基本医保短板。

（三）规范补充医疗保险。完善和规范城乡居民大病保险制度，探索建立大病保险可持续筹资机制，强化保障功能。提高保障能力，加强基本医保和医疗救助的衔接，提高保障精准度。研究规范职工大额医疗费用补充保险、公务员医疗补助、企业补充医保制度。探索建立“罕见病”筹资和保障机制，降低“罕见病”患者医疗费用负担。探索建立门诊共济保障由病种保障向费用保障过渡机制。

（四）夯实医疗救助托底保障。按照省医保局统一规范的医疗救助制度，科学确定对象范围、费用范围、救助标准，实施分类、分档救助。建立救助对象及时精准识别机制，将符合条件的困难群众纳入医疗救助对象。优化调整医疗救助资助参保政策，确保特困人员、低保对象、农村低收入人口等困难群众应保尽保。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补助。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救助限额，稳步提高救助水平。强化高额医疗费用支出预警监测，健全重特大疾病医保和救助制度。积极引导慈善等社会力量参与救助保障，鼓励医疗互助和商业保险发展。加强基金预

算管理，规范经办管理服务，优化救助申请审核程序，提高综合服务管理水平。加强医疗救助与其他医保制度、社会救助制度衔接，筑牢医疗托底保障防线。

（五）巩固拓展医保脱贫攻坚成果同乡村振兴战略有效衔接。坚持共同富裕，共享发展成果，分阶段、分对象、分类别调整脱贫攻坚期超常规保障措施，实现由集中资源支持脱贫攻坚向基本医保、大病保险、医疗救助三重制度统筹保障平稳过渡。坚决治理医保扶贫领域过度保障，稳妥将精准扶贫医疗叠加保险政策、地方自行开展的其他补充保障措施及相关投入统一并入医疗救助基金，确保政策有效衔接，待遇平稳过渡，制度可持续，建立防范化解因病致贫返贫长效机制。合理确定农村居民医保待遇保障标准，推进医保和医疗服务高质量协同发展，整体提升农村医保和健康管理水平。

（六）落实重大疫情医疗救治费用保障机制。发生突发疫情等紧急情况时，医保基金及时预付医疗机构，确保医疗机构先救治、后收费。落实省里的重大疫情医疗救治医保支付政策，完善落实异地就医直接结算制度，确保患者不因费用问题影响就医。探索建立重大疫情特殊群体、特定疾病医药费豁免制度，有针对性免除医保目录、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。统筹医保基金和公共卫生服务资金使用，实现公共卫生服务和医疗服务有效衔接。

工程 1 重大疾病救助工程

- 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，及时将符合条件的纳入医疗救助范围。
- 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。
- 健全引导社会力量参与减贫机制。鼓励商业健康保险和医疗互助发展，壮大慈善医疗救助。
- 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，推动各地城乡居民基本医保待遇水平与经济发展水平相匹配。
- 引导实施合理诊疗，促进有序就医，严控不合理医疗费用。

第三节 优化基本医保筹资机制

（一）完善责任均衡的多元筹资机制。各级政府、各部门加强居民参保动员工作，可采取参保资助等积极措施引导城乡居民应保尽保。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，动态合理确定费率，优化职工基本医保基金中统筹基金和个人账户结构。完善居民医保筹资政策措施，探索建立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的机制，合理提高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，福州城乡居民医保筹资标准保持全省前列。研究应对人口老龄化医疗负担的多渠道筹资政策。拓宽医疗救助筹资渠道，加强财政对医疗救助投入，鼓励社会捐赠，彩票公益金等多渠道筹资。

（二）提高基金预算管理水平。继续落实职工基本医疗保险基金省级统筹调剂制度，职工基本医疗保险基金、城乡居民基本医疗保险基金和城乡居民医疗救助基金按照“以收定支、收支平衡、略有节余”的原则，继续实行市级统筹管理，统一征缴、统一拨付。综合人口结构、发病率、医疗费用变化因素等科学编制医保基金收支预算，加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理，强化绩效监控、评价和结果运用。完善医保和医疗救助资金转移支付直达机制。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。加强中长期精算，构建收支平衡机制，建立健全基金运行风险评估预警机制，促进基金中长期可持续。

第四节 落实管用高效的医保支付机制

（一）落实医保药品支付保障机制。统一执行全国药品目录和省级增补药品目录。按照省医保局要求开展医疗保障药品评价，加强集采药品落地情况和创新药监测。执行省医保局医保基本药品支付标准。

工程 2 医保目录药品监测评估工程

- 落实医保目录药品在各定点医疗机构配备、使用和监测机制，及时了解挂网、使用和医保支付情况。协助监测医保目录药品同治疗领域药品使用、支付、临床表现情况。
- 落实医保目录药品临床使用效果评价机制。协助收集药品临床表现，评价药品安全性、有效性。

（二）促进医保耗材管理。落实全省基本医保医用耗材准入目录与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。

（三）提升医疗服务项目目录管理水平。执行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。

（四）完善多元复合支付方式。完善医保基金总额预算办法，推进区域医疗保障基金总额预算点数法，在全市范围内普遍实施住院按病种收付费为主的适应不同疾病、不同服务特点的多元复合式收付费方式。继续推进福州市第一医院 C-DRG 收付费改革试点工作，并在具备实施条件的其他公立医院开展 DRG 收付费改革试点，其余公立医院全面推进住院按病种收付费改革。落实省医保局 DRG 收付费绩效考核体系，执行 DRG 绩效考核方案，保障 DRG 收付费改革的顺利实施。将 DRG 相关指标纳入院长年薪制考核，

并占有相当比重，促进医院主动加强管理。建立完善相关规范、政策配套和技术支撑，加强运行监测和评估，实现住院按病种收付费为主的复合式支付方式改革全覆盖，并逐步将收付费方式改革从住院向门诊延伸。制定县域紧密型医共体医保打包支付政策，探索形成医保支付与医防融合协同机制。总结推广家庭医生签约服务与按人头付费有效做法，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。增强支付方式改革与医疗服务协同性，引导医疗机构主动控制成本，严控目录外不合理费用增长。开展各种支付方式绩效和价值评估。

（五）落实协商谈判机制。落实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、县域医共体与其他医疗机构、统筹区内就医与转外就医等之间的分项预算机制，建立完善“结余留用、合理超支分担”的责任共担机制，巩固应对突发重大公共卫生事件的风险保障机制，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。

重点工作 1 医保支付方式改革

- 医保支付方式改革。推进落实医保总额预算管理、按病种收付费（包括按病种收付费、按疾病诊断相关分组收付费（DRG）、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。

第五节 健全严密有力的基金监管机制

（一）建立健全监督检查机制。建立稽查稽核闭环管理工作机制和电子档案管理系统，加强定点医药机构精细化管理，建立考核评价及退出机制，将定点医药机构绩效考核结果与协议履约和医保信用评价应用挂钩。建立健全协议管理、智能监测、行政检查“三位一体”监管体系。建立和完善日常全覆盖巡查、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，规范不同检查形式、检查对象、检查重点和检查内容，规范检查启动条件、工作要求和工作流程，明确各方权利义务，确保公开、公平、公正。建立健全“双随机、一公开”检查机制，规范“双随机、一公开”检查内容、启动条件、相关流程标准等。完善行政执法公示、执法全过程记录、重大执法决定法制审查三项制度，做到行政执法信息公示制度不断健全、执法行为过程信息全程记录、执法全过程可回溯管理、重大执法决定法制审核全覆盖，实现医保行政执法透明、规范、合法、公正。建立健全部门联动机制，建立和完善联合检查制度，形成监管合力。建立和

完善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的制度和机制，建立和完善购买服务制度，建立按服务绩效付费机制、提升监管的专业性、精准性、效益性。加强基金监管能力建设，建立健全监管执法体制体系，加强人员力量，提升人员素质，强化技术手段。

工程3 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。配合省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省所有监管对象。
- 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，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。
- 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。

（二）全面建立智能监控制度。上线全省统一集中的智能监控系统，加强大数据的监测与应用，实现智能审核全覆盖。积极构建并不断完善事前提醒与事中控制系统，通过与事后结算审核有机结合，实现大数据全方位、全流程、全环节智能监控。通过智能审核全覆盖，加强对定点医疗机构医保服务行为的引导和审核，实行全过程、网络化、不间断的实时监控，强化事前、事中监管。

重点工作 2 基金监管智能监控

- 应用智能监管信息子系统。
- 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。
- 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。
- 建设 1 个智能监控示范点。

（三）完善医保信用管理制度。强化信用管理理念，完善和落实医保基金监管信用管理制度，将信用管理作为医保基金监管

重要方式和手段。建立医药机构和参保人员医保信用承诺、信用记录、信用评价制度、积分管理制度，将信用评价结果与预算管理、检查稽核、定点协议管理等相结合，上线全省统一的医保信用体系信息管理系统，发挥医保信用体系作用。建立医保领域守信联合激励对象和失信联合惩戒对象名单制度，建立跨部门信用协作机制，实施守信联合激励和失信联合惩戒。建立两定机构、药品耗材生产流通企业等信用承诺制度，鼓励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。

（四）健全综合监管机制。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。完善医保基金监管联席会议制度，健全协同执法工作机制，推进信息共享和互联互通。建立健全打击欺诈骗保行刑、行纪衔接工作机制，加强与公安、纪检等部门沟通协调，建立畅通的行刑衔接、行纪衔接机制，确保及时将涉嫌欺诈骗保违法违纪案件移送司法、纪检等部门。

（五）完善社会监督制度。鼓励和支持社会各界参与医保基金监管，实现政府治理和社会监督、舆论监督良性互动。建立信息披露制度，依法依规向社会公开定点医药机构及其工作人员的医疗服务行为、医药费用等数据信息。经办机构定期向社会公告基金收支、结余和收益情况。完善举报奖励制度，修订和完善举

报奖励标准，依照相关规定及时向举报人兑现奖励资金，促进群众和社会各方积极参与监督。建立健全投诉举报机制，规范投诉举报受理、检查、处理、反馈等工作流程和制度，鼓励和支持社会各界参与医保基金监督，加强隐私保护，切实保障举报人信息安全。建立基金监管曝光台，主动曝光重大典型案件。积极推动医药卫生行业组织发展，引导和支持其在制定管理规范和技术标准、规范执业行为和管理服务、促进行业自律等方面更好发挥作用。

第六节 鼓励发展商业健康保险

（一）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、疾病、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。发挥商业健康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。

（二）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，探索建立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，突出医疗保险产品设计、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一并纳入监控范围。

重点工作 3 鼓励商业健康保险发展

- 应用省级商业健康保险信息服务平台。
- 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。
- 促进个人税收优惠型健康保险发展。

第四章 健全医保服务体系

第一节 助力完善医药价格形成机制

（一）助力推进药械采购改革。按照国家、省医保局部署，做好国家药品集中采购和使用落地工作，落实省药品和医用耗材集中采购政策，开展药品、医用耗材集中带量采购工作。建立落实国家和省组织药品耗材集中采购工作中医保资金结余留用机制，进一步提升医疗机构和医务人员参与改革的积极性。

工程 4 药品、医用耗材价格监测和交易系统工程

- 应用省级药品、医用耗材交易系统，落实集中带量采购工作。
- 落实医药价格监测，开展普遍监测与深度监测相结合，多维度、多主体的连续监测。
- 扩大监测范围和内容。实现以公立医院监测为主，逐步向社会办医、零售药店等方面延伸。在监测采购价格的同时，向监测服务收费、要素成本等方面拓展。

- 充实市县级监测力量，增加监测哨点，提升价格监测能力。
- 推广监测信息数据应用。实施价格管理工具，开展价格分析警示，支持相关决策。

（二）深化医疗服务价格改革。执行省医保局新增医疗服务价格项目管理制度，支持临床技术进步和适宜技术推广，发挥价格引导医疗资源合理配置的作用，鼓励医疗机构为人民群众提供更高质量、更有效率、更可负担的医疗卫生服务。配合省医保局做好医疗机构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，协助提高医疗服务价格与收费治理的能力与水平。

第二节 助力医药服务供给侧高质量发展

（一）健全医疗卫生服务体系。支持公立医院高质量发展，健全考核体系，加强医疗服务行为规范、成本控制和行业自律，建立卫生、财政、审计、医保等部门联合监管机制。统筹加快补短板强弱项，促进儿科、康复、护理、心理等薄弱学科发展，支持基层医疗机构发展和分级诊疗体系建设。鼓励日间手术等日间服务模式发展，提升三级公立医院服务效率。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。

（二）提高医药产品供应和安全保障能力。优先使用仿制药

质量和疗效一致性评价药品。严格药品管理，利用药品追溯协同服务平台和国家药品追溯监管系统，加强对药品质量监管，保证药品安全。健全短缺药品监测预警和分级应对体系，进一步做好短缺药品保障供应和价格稳定。配合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。

第三节 健全医保管理服务体系

（一）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。注重精细化，提升参保人满意度，继续提升经办服务便民化，经办力量下沉，打造经办服务 15 分钟便利圈，探索社会力量参与医保经办服务。加强医保公共服务机构内控建设，落实协议管理、费用监控和稽查审核责任。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，推进标准化窗口和示范点建设。建立覆盖市、县、乡镇（街道）、村（社区）的医保服务网络，主动融入基层网格化管理服务大局，依托乡镇（街道）政务服务中心、村（社区）综合服务中心，通过购买服务等方式，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，推进医保经办管理服务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。

重点工作 4 医保政务服务事项跨省通办

- 落实医保参保信息变更、城乡居民基本医保参保登记、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。
- 利用部门间的数据共享，提升“跨省通办”数据共享支撑能力。
- 落实国家统一“跨省通办”医保政务服务事项的业务规则 and 标准，提高信息化水平。

工程 5 医疗保障服务 15661 示范工程

- 用 1 个 5 年时间实现全市县区以上医保经办标准化窗口全覆盖。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，实现医保经办机构的地标识别功能，规范服务。
- 全市建设不少于 5 个区县级医保经办服务示范窗口。
- 全市建设不少于 6 个医保基层服务示范点。面向乡镇（街道）和村（社区）两级，结合人口分布、人口流动、经济发展水平，分区域因地制宜的制定评定标准，推动医保经办服务下沉。
- 全市建设不少于 6 个医保定点医疗机构示范点，推动精细化管理，提升参保人就诊体验。
- 全市建设不少于 1 个智慧医保管理服务示范点，提升经办管理服务数字化、智能化水平。

工程6 医保政务服务“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。
- 落实差评和投诉问题调查核实、督促整改和反馈机制。
- 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。

（二）落实异地就医实时结算服务。落实统一的医保跨省异地结算就医直接结算管理政策、住院费用跨省直接结算政策，协助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。完善业务协同机制，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。

工程 7 落实异地就医结算能力建设工程

- 加强市级结算中心能力建设，按照省异地就医经办业务流程、标准规范，融合业务流、资金流、信息流，提升市级结算中心综合协调能力，完善异地就医业务协同管理机制。
- 落实省优化跨省异地就医资金预付、结算、清算流程，加强资金全链条监管，提高资金使用效率和清算效率。
- 应用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直接结算，手工零星报销线上线下一体化服务。

（三）推进医保全流程数字化服务。进一步推进“互联网+医保”工作，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。推进医保业务“零人工”智能化办理，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的服务新模式。

重点工作 5 医保结算服务新模式

- 网上办、掌上办：利用“互联网+”技术，“让数据多跑腿，让群众少跑路”，打造“掌上医保办事中心”“指尖上的医保服务中心”。积极推进基本医保关系转移接续网上办理。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。
- 诊间结算、床边结算：支持医保电子凭证和电子社保卡在医保结算领域并行使用，优化再造就医流程，减少患者排队频次，缩短等候时间。
- 先诊疗后付费：试点信用就医、无感支付，实行先诊疗后付费，打造舒心就医新流程。

（四）健全完善医保协议管理。落实国家定点医药机构管理办法，加强医保定点医药机构管理，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保服务协议范本，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。加大医保政策引导分级诊疗制度建设力度，提高基层医疗机构报销水平，医保政策向我市国家区域医疗中心、医疗集团和医共体倾斜。

重点工作 6 医保定点医疗机构绩效管理

- 建立年度医保定点医疗机构考核评价指标体系，考核指标与医保信用等级以及医保付费挂钩。
- 建立医保定点医疗机构等级评定机制。
- 医保定点医疗机构绩效评价每年开展。

（五）加强经办管理服务能力建设。健全共建共治共享的医保治理格局，推广我市医保经办服务品牌，推进医保经办管理服务与地方政务服务、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。不断优化医保公共服务业务一网通办、异地通办，推广无纸化办理、非现场办理，延伸服务可及性，提升医保经办服务标准化、规范化、智能化水平。实施全市医保经办服务应急工作方案。不断优化医保公共服务业务一网通办、异地通办，推广无纸化办理、非现场办理，延伸服务可及性。依托全省医保公共服务平台，进行医保经办窗口标准化建设、医保在线公共服务平台建设、医保智慧经办建设、医保服务站建设、医保公共服务热线（12393）建设。建立健全政务服务“好差评”制度，加快建立与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。聚焦难点问题，优化便民措施，推进医保政务服务“好差评”示范点建设。

第四节 积极应对人口老龄化

（一）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，做好生育保险生育医疗费用、生育津贴待遇保障。规范生育医疗费用支付管理，推进生育医疗费用支付方式改革，住院分娩按病种支付，产前检查按人头支付，控制生育医疗费用不合理增长，降低生育成本。继续做好城乡居民医保参保人生育医疗费用待遇保障。

（二）长期护理保险落地实施。在福州已经成型的长期护理保险试点工作的基础上，继续推进长期护理保险制度的完善与优化。探索建立互助共济、责任共担的多渠道筹资机制，形成与经济社会发展和保障水平相适应的筹资动态调整机制。建立公平适度的待遇保障机制，制定长期护理保险基本保障项目，合理确定待遇保障范围和基金支付水平。完善长期护理保险失能等级评估。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衔接。完善管理服务机制，积极引入社会力量参与长期护理保险经办服务，支持发展商业长期护理保险。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。力争基本形成适应我市经济发展水平和老龄化发展趋势的长期护理保险制度政策框架，不断减轻失能群体经济和事务性负担。

（三）提升医保适老服务水平。助力福州省会民生服务，强化“一老一小”服务，配合适老化相关政策，完善医保服务设施，推进“一站式”服务。加强医保经办服务大厅和窗口建设，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，支持老年人更多享受智能化成果，更好融入智能社会。

重点工作 7 提升医保适老服务水平

- 针对参保登记、异地就医备案、门诊慢特病病种待遇认定、医疗费用手工（零星）报销等老年人等群体办理的高频事项，出台便民、利民举措。
- 提升线下服务。加强医保经办服务大厅和窗口管理，合理布局服务网点，配备引导人员，提供咨询、指引等服务，保留传统服务，畅通为老年人代办的线下渠道，满足不会上网、不会使用智能手机老年人等特殊需要。对年龄较大、行动不便等需要照顾的特殊群体，优化完善无障碍设施，开辟绿色通道，优先办理，并提供预约服务、应急服务，积极推广“一站式”服务。
- 提高线上服务适用性。优化网上办事流程，不断提升智能化服务水平，提供更多智能化适老服务。

第五章 构筑坚实的医保支撑体系

第一节 强化法治保障

（一）依法管理医保。贯彻实施《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，确保各项医保工作合法依规。

（二）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，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，完善双随机一公开监管机制。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。

（三）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。强化医保执法人业务培训，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。

第二节 促进安全发展

（一）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。

（二）确保数据安全。制定医保数据安全管理办法，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。

（三）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。

第三节 推动智慧医保发展

（一）完善医疗保障信息系统建设。按照全省医疗保障信息系统建设规划，遵循“统一、兼容、安全”的原则，贯彻落实国家医保局信息业务编码标准，完善医疗保障信息系统标准化建设，全面上线省级医疗保障信息平台，推进现代信息技术在医保服务和监管领域的应用，在省级医疗保障信息平台的基础上持续推动自主创新服务，助推医保精细化服务和精准化管理水平。加强医保大数据开发、应用、共享，输出标准化医保社会服务，助力数字经济建设发展。

工程 8 完善医疗保障信息系统建设工程

- 贯彻落实国家医保局信息业务编码标准，完善医疗保障信息系统标准化建设，对接省级医疗保障信息平台，实现与省级医保信息平台的互联互通。
- 推进现代信息技术在医保服务和监管领域的应用，推动自主创新服务管理系统与省级医疗保障信息平台兼容衔接，助推医保精细化服务和精准化管理水平。
- 加强医保大数据开发、应用、共享，输出标准化医保社会服务，助力数字经济建设发展。

（二）提升智慧医保信息化治理能力。加快与省级医保系统的对接整合，实现医保数据与相关部门数据的联通共享。继续开展医保电子凭证工作，加快推进电子社保卡建设，依托省级医保移动支付平台开展医保在线结算，推进“一站式”结算。做好互联网医院相关工作，将符合条件的互联网医疗服务纳入医保支付范围，执行全省统一的互联网医院接口规范，支撑符合条件的互联网医院接入医保结算，完善互联网医院的医保监管。

重点工作 8 医疗保障数智大脑

- 应用人工智能、大数据等技术，提升治理水平。
- 协助建成统筹规范、标准统一、协同共享、安全可靠的医保健康大数据应用示范基地，为科学决策提供服务。
- 为基层医疗机构赋能，推进全人群、全方位、全周期健康管理。

第四节 健全标准化体系

（一）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。推进落实部分标准与卫生健康、药监等部门的互建共治共享机制。强化标准实施与监督，形成贯彻实施、监督评估、完善修订的良性循环，为两定机构提供明确的标准服务。

（二）推进重点领域标准化工作。推进落实统一医保业务标准和技术标准，执行省级基础共性标准清单、管理工作标准清单、公共服务标准清单、评价监督标准清单，更好服务广大参保人与定点医药机构。

（三）强化标准化落地管理。强化医保标准的落地应用，促进医保治理能力提升。

第五节 加强队伍建设

（一）坚持政治引领。把政治标准和政治要求贯穿融入队伍建设全过程各方面，加强政治历练，强化政治担当，站稳政治立场，提升政治素质。

（二）加强人员配备。加强经办服务人力资源配置，积极推进市、县、乡镇（街道）、村（社区）医保经办服务全覆盖。理顺经办机构人员身份问题，畅通人员晋升渠道，稳定经办人才队伍。优化队伍结构，注重引进紧缺急需的高素质专业化人才，打造一支心中有理想、有担当、有本领、有定力的政治素质好、业务过

硬的专业化医保管理队伍。

（三）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。

（四）强化队伍培训。探索建立医保部门、医疗机构、大学科研院所等联合培养人才的机制，实施全员培训。搭建研究平台，加强与高等院校、科研院所等机构的战略合作，更好发挥高端智库和专业机构的支持作用。

第六章 保障措施

第一节 加强组织领导

切实加强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，将落实医保制度改革纳入保障和改善民生的重点任务，确保规划目标如期实现。建立部门协同机制，加强医疗、医保、医药制度政策之间的统筹协调和综合配套。根据职责分工，将规划各项任务目标分解落实到各有关部门。各有关部门各司其职，密切配合，加强衔接，共同推进医保规划实施。

第二节 加大投入力度

完善政府医保投入政策，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区（县）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。医保能力建设按照承担职责的职能部门及其所属机构隶属关系，由同级财政承担支出责任。

第三节 加强监督评价

加强对医保规划实施的监督和评价，把落实规划的目标、发展指标、主要任务、重点项目建设等纳入到各级政府目标责任制考评体系，切实抓好规划的落实。健全规划实施情况中期评价和终期考核制度，并定期对规划实施进度和效果，进行部门自评与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，以推动规划的顺利实施。探索规划实施机制创新，开展规划实施综合试点，编制规划年度实施方案，加强智库建设和学科支撑，提升规划实施效能。

第四节 营造良好环境

做好医保规划解读和服务宣传，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，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，增进各方共识。通过新闻媒体、互联网等渠道，大力营造医疗、医保、医药协同改革的良好氛围，充分调动各方支持配合规划实施的积极性和主动性，凝聚社会共识，为规划实施营造良好的外部环境。

