

吉林省医疗保障事业发展 “十四五”规划

吉林省医疗保障局

2021年12月

目 录

一、规划背景	1
二、总体要求	5
(一) 指导思想	5
(二) 基本原则	6
(三) 总体目标	7
三、主要任务	10
(一) 健全多层次医疗保障体系	10
(二) 完善公平适度的待遇保障机制	11
(三) 完善稳健可持续的筹资运行机制	14
(四) 完善管用高效的医保支付机制	17
(五) 完善严密有力的基金监管机制	20
(六) 加快提升医药服务供给能力	23
(七) 加快提升医保公共服务能力	26
(八) 加快提升医保创新发展能力	31
(九) 加快提升医保协同治理能力	35
四、保障措施	36
(十) 加强组织领导	36
(十一) 推动落地实施	37
(十二) 强化人才培养	37
(十三) 开展监测评估	37
(十四) 大力宣传引导	38

吉林省医疗保障事业发展“十四五”规划

为深入贯彻党的十九大关于全面建立中国特色医疗保障制度的决策部署，推动《“十四五”全民医疗保障规划》落地实施，加快实现医疗保障高质量发展，有效保障人民健康，促进共同富裕，助力新时代吉林全面振兴全方位振兴，按照《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》要求，依据《吉林省国民经济和社会发展的第十四个五年规划和二〇三五年远景目标纲要》，结合省情实际，制定本规划。

一、规划背景

“十三五”期间，在吉林省委、省政府的高度重视和正确领导下，全省医疗保障事业取得了长足发展。特别是新一轮机构改革以来，医保职能有效整合，管理体制逐步理顺，基本制度政策进一步完善，经办服务管理持续优化，重点领域改革有序推进，参保人员就医负担明显缓解，医疗保障权益得到有效维护，人民群众获得感、幸福感、安全感不断提升。

医保基本制度政策进一步完善。统筹城乡、覆盖全民的基本医疗保险制度不断健全完善，基本医保参保率稳定在常住人口应保尽保水平，职工和居民医保政策范围内住院费用基金支付比例分别保持在 80% 和 70% 以上。全省实现生育保险和职工基本医疗保险合并实施，统一使用全省全口径城镇单位就业人

员平均工资核定职工医保缴费基数。全省居民医保市级统筹进一步做实，实现待遇政策统一、经办管理一致、基金市级统收统支，同步推进医疗救助管理层次与居民医保统筹层次相一致。建立居民高血压、糖尿病“两病”门诊用药保障机制、门诊特殊疾病保障机制和特药保障机制，长期护理保险和舒缓疗护制度试点稳步推进。

医保经办管理服务能力进一步提升。全省全面推行医疗保障部门政务服务事项清单管理，“放管服”“最多跑一次”改革任务全面落实，85%以上医保服务实现线上办理。在全国率先建立 96618 全省医保咨询服务热线平台和“吉林智慧医保服务平台”，打造“一码一平台”服务模式。跨省异地就医住院费用直接结算和省内异地就医急诊费用直接结算全面推开，出台实施优化异地就医服务十六条举措，异地就医备案服务更加便捷。全省医保业务经办规程得到统一和规范，推行全省统一的医保定点机构协议范本。开展医保业务编码标准化建设，规范医保药品、诊疗及医疗服务设施项目和医用耗材目录管理，建立动态调整机制，在全国率先统一规范基本医保医疗机构制剂目录。国家和省级按疾病诊断相关分组（DRG）付费及区域点数法总额预算和按病种分值（DIP）付费试点取得积极进展。

医保基金安全得到进一步保障。深入贯彻实施《医疗保障基金使用监督管理条例》，持续开展打击欺诈骗保专项治理行动，完善追回医保基金合理返还机制，全面建立飞行检查、专

项检查、抽查复查和“回头看”常态化基金监管机制。积极推进国家基金监管方式创新试点、基金监管信用体系建设试点和医保智能监控示范点工作取得成效。建立多部门协同工作机制，成立了由医保、卫健、审计、公安、药监等多部门组成的打击欺诈骗取医保基金专项治理领导小组，同时畅通群众监督渠道，建立了社会监督员队伍，形成了医保基金监管合力。建立欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励制度，设立了省级举报奖励资金并纳入财政预算管理。

医疗服务价格和招标采购管理进一步规范。推行医疗服务价格规范化管理和动态调整机制，落实国家“互联网+”医疗服务价格相关政策，开展增补修订部（省）属公立医疗机构医疗服务价格工作，有效助力公立医疗机构理顺补偿机制。建立健全药品耗材集中采购组织机构，完善医保部门与公共资源交易管理部门协调联动机制。落实国产抗癌药品降税降价和抗癌药医保支付政策，组织开展国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作，推动国家和省级联盟组织药品、高值耗材集中采购和使用落地，开展高值医用耗材专项治理，实行医疗机构体外诊断试剂阳光挂网采购。

医保脱贫攻坚任务圆满完成。全面落实《医疗保障扶贫三年行动实施方案》，实行建档立卡农村贫困人口精准识别、动态管理，持续实现贫困人口全员参保、全员享有分类参保资助。建立医保部门与卫健、民政、扶贫、税务等部门信息共享机

制，开展贫困人口参保和就医保障动态监测。全省全面推行基本医保、大病保险、医疗救助和兜底保障有序衔接的贫困人口就医倾斜性保障政策，乡村医疗卫生机构全面实现医保联网即时结报，贫困人口县域内就医实现“一站式、一窗口、一单制”结算。

有效应对疫情防控常态化。落实国家“两个确保”要求，全力确保患者不因费用问题影响就医，确保收治机构不因支付政策而影响救治。建立新冠肺炎救治定点医院基金预付机制和新冠肺炎患者医疗费用综合保障机制。开展疫情防控相关药品耗材价格和供应保障动态监测，建立采购“绿色通道”。将新冠病毒核酸检测、远程单学科会诊及多学科会诊纳入医保支付范围。全面实行“非必须、不窗口”经办服务模式，对异地就医参保患者实行先救治后结算。全力支持复工复产，2020年度全省42770家参保企业减征职工医保费16.6亿元。

“十三五”期间医疗保障工作取得的可喜成绩，为“十四五”时期进一步推进全省医疗保障高质量发展奠定了良好基础。随着新时代吉林全面振兴全方位振兴新征程的开启，医疗保障事业迎来重大发展机遇，也面临着前所未有的严峻挑战。当前，疫情变化和外部环境存在诸多不确定性，经济恢复基础尚不牢固；劳动力外流，常住人口低增长、净减少，老龄化趋势明显；医保筹资能力不足，统筹层次不高，基金中长期平衡压力较大；城乡、区域、群体之间待遇差异不尽合理；医保公

共服务能力同群众需求还存在一定差距；一些深层次的矛盾和问题日益显现，医保重点领域和关键环节改革任务仍然十分艰巨。同时，我们更应看到，我国制度优势显著，治理效能提升，发展韧劲强劲，社会大局稳定；更应看到党中央、国务院深化医疗保障制度改革等重大决策部署和我国“十四五”全民医疗保障规划的顶层设计引领，以及吉林正处于振兴发展重大机遇期等前所未有的加快推动全省医疗保障高质量发展的有利条件。

二、总体要求

（一）指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入学习贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中、六中全会精神，准确把握新发展阶段、新发展理念、新发展格局提出的新要求，全面贯彻落实习近平总书记关于医疗保障工作重要讲话重要指示批示要求，以保障人民健康、促进共同富裕为根本目的，紧紧围绕我省“一主六双”高质量发展战略，紧密衔接国家“十四五”全民医疗保障规划，以加快实现医疗保障事业高质量发展为主题，以体制机制创新为动力，健全完善多层次医疗保障体系，统筹推进医疗保障制度改革，协同推动“三医联动”和健康吉林建设，发挥医保基金战略性购买作用，坚持医疗保障需求侧管理和医药服务供给侧改革并重，快速提升医

保治理能力和经办管理服务水平，努力为全省人民提供覆盖全生命周期的高质量医疗保障，助力吉林全面振兴全方位振兴不断取得新突破。

（二）基本原则

——坚持党的全面领导。始终坚持党对医疗保障工作的领导，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，增强“四个意识”、坚定“四个自信”，坚决拥护“两个确立”、坚决做到“两个维护”。全面落实党中央、国务院关于医疗保障工作的决策部署，确保医疗保障工作始终坚持正确政治方向。

——坚持人民至上、共同富裕。把维护人民生命安全和身体健康放在优先发展的战略位置，作为医疗保障改革发展的出发点和落脚点，融入医疗保障政策制定实施全过程，使改革发展成果更加公平、更加充分、更高质量惠及全体人民，不断增进民生福祉，促进社会公平，推进共同富裕。

——坚持保障基本、更可持续。坚持保障基本，尽力而为、量力而行，严格落实医疗保障待遇清单制度，科学合理确定保障范围和标准。坚持稳健持续，科学确定筹资水平，均衡各方责任，确保基金可持续，提高基金统筹共济能力，防范和化解基金运行风险。

——坚持系统集成、协同高效。准确把握医疗保障各方面之间、医疗保障领域和其它相关领域之间改革的联系，建立基本医疗体系、基本医保制度相互适应的机制，提高统筹谋划和协调推进能力，强化医保、医疗、医药联动改革系统集成和政策管理协同，确保各项改革形成整体合力。

——坚持精细管理、优质服务。深入推进医保领域“放管服”改革，加强经办管理体系和示范机构建设，规范定点机构管理。推进医保治理创新，建立基金监管长效机制。坚持传统服务方式和智能化应用创新并行，为群众提供精准化、精细化服务。

——坚持共建共享、协商共治。促进多层次医疗保障制度体系有序衔接、共同发展，形成政府、市场、社会协同保障的格局。强化多主体协商共治，调动各方面积极性，凝聚改革发展共识，提高医疗保障治理水平。

（三）总体目标

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，实现基本医保省级统筹，初步建立覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次医疗保障体系，医疗保障制度更加成熟定型，医疗保障事业高质量发展，人民群众多样化医疗保障需求不断得到更好满足。

——建设公平医保。基本医疗保障更加公平普惠，筹资责任更加均衡，待遇水平更加适度，公共服务更加可及。加快推动基本医保省级统筹，促进制度间、人群间、区域间缩小差距，医疗保障再分配功能持续强化。

——建设法治医保。医疗保障制度法定化程度明显提升，医疗保障法律法规深入贯彻实施，配套政策体系不断健全完善，依法治理体系更加完善，行政执法更加规范，全社会医保法治观念明显增强。

——建设安全医保。基金保障和预警机制全面建立，系统性风险得到有效防控，运行更加安全稳健。医保业务网络完整畅通，信息安全管理持续强化。防范和化解因病致贫返贫长效机制基本建立，医疗保障安全网更加密实。

——建设智慧医保。全国统一的医疗保障信息平台全面落地应用，数字化转型快速推进，“互联网+”应用更加智能，医保协同管理能力和一体化在线服务水平显著提升。医保电子凭证广泛应用，就医结算更加便捷高效。

——建设协同医保。医疗保障协同治理体系逐步健全完善，“三医联动”改革协同推进，医疗保障和医药服务高质量协同发展，支付机制更加管用高效，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活有效。

专栏1 “十四五”时期我省医疗保障发展主要目标

指标维度	主要指标	2025年	2020年	指标属性
参保覆盖	基本医疗保险参保率(%)	>95 ^①	—	约束性
基金安全	基本医疗保险(含生育保险)基金收入(亿元)	收入规模与经济社会发展水平相适应	353.1	预期性
	基本医疗保险(含生育保险)基金支出(亿元)	支出规模与经济社会发展水平、群众基本医疗需求相适应	274.8	预期性
保障程度	职工基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例(%)	达到国家平均水平	81.8	预期性
	城乡居民基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例(%)	达到国家平均水平	70.7	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	70	预期性
	个人卫生支出占卫生总费用的比例(%)	27	—	约束性
精细管理	实行按疾病诊断相关分组付费和按病种付费的住院费用占全部住院费用的比例(%)	70	—	预期性
	公立医疗机构通过省级集中采购平台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	75左右	预期性
	公立医疗机构通过省级集中采购平台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	—	预期性
	药品集中带量采购品种(个)	>500 ^②	112	预期性
	高值医用耗材集中带量采购品种(类)	>5 ^③	1	预期性
优质服务	住院费用跨省直接结算率(%) ^④	>70	>50	预期性
	医疗保障政务服务事项线上可办率(%)	80	—	预期性
	医疗保障政务服务事项窗口可办率(%)	100	—	约束性

注：①指“十四五”期间基本医疗保险参保率每年保持在95%以上。

②指到2025年国家要求各省(自治区、直辖市)国家和省级药品集中带量采购品种达500个以上。

③指到2025年国家要求各省(自治区、直辖市)国家和省级高值医用耗材集中带量采购品种达5类以上。

④指住院费用跨省直接结算人次占全部住院跨省异地就医人次的比例。

三、主要任务

(一) 健全多层次医疗保障体系

加快构建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、医疗互助等政策协同、功能互补、衔接有序、梯次减负的多层次医疗保障体系。

1. 完善基本医疗保险制度体系。

强化基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重保障功能。坚持以基本医疗保险为主体，依法覆盖全民，应保尽保，应享尽享。进一步完善职工和城乡居民分类保障机制，在分步做实居民医保和职工医保市级统筹基础上，加快推动基本医疗保险省级统筹。

完善和规范补充医疗保险。强化城乡居民大病保险与基本医疗保险和医疗救助的衔接，提高统筹层次和保障能力，实行基金省级统收统支，改革优化经办管理体制和运行监管机制。加强成本测算，提高城乡居民大病保险精准保障和风险调控能力。规范职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助、企业补充医疗保险、退役军人医疗补助政策。

健全和统一医疗救助制度。完善市级管理体制和分类救助机制，统一对象范围、救助标准和经办方式，提高重特大疾病救助水平，增强医疗救助托底保障功能。

2.推动多层次医疗保障体系健康发展。

推进长期护理保险制度试点。重点解决重度失能人员基本护理保障需求。探索建立互助共济、责任共担的多渠道筹资机制，参加长期护理保险的职工筹资以单位和个人缴费为主，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，合理确定待遇保障范围和基金支付水平。执行全国统一的长期护理保险失能等级评估标准和基本保障项目，完善长期护理保险需求认定、等级评定等标准体系和管理办法。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。健全长期护理保险经办服务体系。完善管理服务机制，引入社会力量参与长期护理保险经办服务。鼓励商业保险机构开发商业长期护理保险产品。

支持商业健康保险发展，注重发挥商业医疗保险作用，引导商保机构创新完善保障内容，提高保障水平和服务能力。

鼓励社会慈善捐赠，统筹调动慈善医疗救助力量，支持医疗互助有序发展。

（二）完善公平适度的待遇保障机制

3.落实待遇清单制度。

落实国家关于建立医疗保障待遇清单制度要求和“三年行动方案”，制定省级医疗保障待遇清单。严格执行医疗保障基本政策、基金支付范围和标准，按照规定在 2023 年底前稳妥清理

全部超出医疗保障待遇清单授权范围的政策，防止过度保障和保障不足，促进公平统一。

建立重大政策调整前备案审核机制，规范政策决策权限，未经批准不得出台超出清单授权范围的政策。省级医疗保障信息平台对未履行事前备案审核程序或未通过审核，以及超范围的政策不予支持。建立健全全省医保待遇清单执行情况监控机制。

4.均衡待遇保障水平。

统一完善城乡居民基本医保待遇政策，健全职工医保门诊共济保障机制，改革医保个人账户，发挥改革系统集成的效能，完成职工医保个人账户功能转化。巩固基本医疗保险住院保障水平，对于起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内费用，城乡居民基本医保住院报销比例达到 70% 以上，职工基本医保住院报销比例稳定在 80% 左右。

稳步提高门诊待遇保障水平。规范城乡居民慢病门诊起付线、统一支付方式与支付限额。优化居民医保门诊保障政策，完善城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制，使用政策范围内直接用于降血压、降血糖的治疗性药品，报销比例保持 50% 左右。

健全完善癌症晚期患者舒缓疗护保障机制，提高疾病终末期患者生命质量，减轻个人医药费用负担。

5.健全重大疾病医疗保险和救助制度。

贯彻落实《国务院办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》（国办发〔2021〕42号）要求，加快建立健全有效减轻困难群众重特大疾病医疗费用负担、有效防范和化解因病致贫返贫的长效机制。强化基本医保、大病保险、医疗救助三重制度综合保障能力，坚持应保尽保、保障基本，尽力而为、量力而行，实事求是确定困难群众医疗保障待遇标准，确保困难群众基本医疗有保障，不因罹患重特大疾病影响基本生活，同时避免过度保障。有效衔接乡村振兴战略，逐步实现由集中资源支持脱贫攻坚向三重制度常态化保障平稳过渡。促进三重制度综合保障与慈善救助、商业健康保险等协同发展、有效衔接。

专栏2 重大疾病医疗保险和救助工程

1. 健全完善医疗救助托底保障机制，增设医疗救助托底救助方式，将我省在脱贫攻坚期间自行探索的大病兜底保障防线归并至基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重保障制度内，归集保障资金，加强医疗救助资金投入，充分发挥医疗救助托底保障作用。

2. 出台我省《关于巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的实施意见》，明确过渡期相关政策措施，优化调整脱贫人口医疗救助资助参保政策，分类调整医疗保障倾斜政策，统筹完善三重制度综合保障，健全防范化解因病返贫致贫长效机制，防止出现规模性返贫。

3. 建立救助对象及时精准识别机制，做好各类困难群众身份信息共享，确保全员参保、分类享有参保资助，坚持“先保险后救助”原则，及时将符合条件困难群众纳入医疗救助范围。强化高额医疗费用支出预警监测，落实综合保障政策。

6.优化生育保险政策。

针对人口出生率低、结构老龄化、劳动力人口外流的省情实际，进一步提高生育保险待遇保障水平，优化生育保险政策。巩固扩大生育保险与职工基本医疗保险合并实施成效，实行基金统筹使用、分账管理机制。同步做好居民医保参保人员生育医疗费用待遇保障。

7.健全重大疫情医疗救治费用保障机制。

确保重大疫情、突发疫情等紧急情况时医疗费用医保及时、足额支付，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。完善突发公共卫生事件下基本医疗保险目录、医疗服务价格应急调整机制。完善重大疫情医疗保障应急响应机制以及医保经办服务应急机制。统筹医疗保障基金和公共卫生服务资金使用，做好重大疫情防治费用保障工作，构建基本医疗保险基金与公共卫生服务资金统筹协同机制。

(三) 完善稳健可持续的筹资运行机制

8.巩固提升基本医疗保险参保质量。

实施基本医疗保险全民参保计划，依法推动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，以合适方式参加基本医疗保险。制定出台全省统一的基本医疗保险参保缴费管理办法，结合实际，

分类细化不同身份人员参保登记、保费征缴、资助参保、转移接续、医保退休等方面政策和优化服务措施。建立健全医疗保障部门与教育、公安、民政、人力资源社会保障、卫生健康、税务、市场监管、乡村振兴、残联等部门和单位的责任分担、工作协同、数据共享机制。完善覆盖全民的参保数据库，实现参保信息实时动态查询。“十四五”期间，全省各统筹区基本医疗保险年度参保率稳定在95%以上。

深化医疗保险费征收体制改革，加快实现基本医疗保险费由税务机关全责征收，提高征缴效率。积极发挥乡镇（街道）村（社区）在城乡居民特别是农村居民参保缴费服务中的优势作用。加强医疗保障、税务部门 and 商业银行等“线上+线下”合作，丰富参保缴费便民渠道。做好跨统筹地区参保人员基本医疗保险关系转移接续工作。

9.加快提升基本医疗保险统筹层次。

落实我省关于全面推进医疗保障市级统筹的意见要求，在做实居民医保市级统筹，实现医疗救助管理层次与居民医保统筹层次相一致的基础上，2022年底前做实全省职工医保市级统筹，实现地市级统筹区职工医保政策制度统一、管理服务一体、基金统收统支。

积极推进基本医疗保险省级统筹。以2022年实行城乡居民大病保险基金省级统收统支为切入点，探索符合实际、优势明

显的居民医保省级统筹管理体制和运行机制。2024年，按照分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核的思路，率先实现城乡居民基本医疗保险省级统筹，在此基础上加快推动职工医保省级统筹，2025年末全面实现基本医疗保险省级统筹。

10.完善筹资分担和调整机制。

依法落实基本医疗保险个人、用人单位和政府三方筹资责任，实事求是，充分考虑筹资主体承受能力，合理确定筹资水平。统一和规范全省职工基本医疗保险缴费基数政策，建立省级基本医疗保险基准费率制度和动态调整机制。稳步提高城乡居民基本医疗保险筹资水平，建立缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩机制，推动财政补助与个人缴费协调增长，提高筹资总额中财政补助占比。

加大再分配力度，强化互助共济能力，完善医疗救助、长期护理保险等多渠道筹资机制，拓宽社会捐助、彩票公益金等筹资渠道。加强财政对医疗救助的投入，调整完善医疗救助补助资金分配办法，明确市县两级事权与支出责任，确保医疗救助政策全面落实到位。

11.加强基金预算管理和风险预警。

提高基金预算管理水平和科学编制医疗保障基金预算。定期向社会披露基金预算执行情况，发挥社会监督作用。落实国家关于医保基金财务管理相关制度和规范等，明确收支预算编

制和执行主体责任，建立多部门联合编审、自下而上逐级核准机制。加强基金预算执行监督，严格执行直达资金管理规定。建立基金预算绩效评价指标体系，全面实施预算绩效管理。建立基本医疗保险省级调剂金，健全完善使用规则，将调剂金纳入基金预算管理。探索开展跨区域基金预算试点，将异地就医结算、“互联网+医疗”等医疗费用纳入跨区域基金预算范围。

加强基金中长期精算，完善收支平衡机制。依托全省医保基金运行监测平台，健全基金运行监测、风险评估、预警调控机制。建立医疗保障基金运行定期分析制度，科学评价各统筹地区医疗保障基金管理效能，强化基金运行监控、评价和结果运用，构建基金运行监管长效机制。

（四）完善管用高效的医保支付机制

12.完善多元复合医保支付方式。

持续深化按病种付费、按人头付费、按服务单元付费、按床日付费等多元复合式支付方式改革，推动基于大数据的按疾病诊断相关分组（DRG）付费及区域点数法总额预算和按病种分值（DIP）付费全覆盖。开展医疗康复、舒缓疗护、慢性精神疾病等长期住院按床日付费，推广基层医疗机构普通门诊按人头付费与家庭医生签约服务相结合的付费方式，逐步将糖尿病、高血压和慢性肾功能衰竭等诊疗方案、评估指标明确的慢性病纳入按人头付费；将更多符合行业规范的日间手术纳入医

保支付范围。落实国家中医优势病种医保支付政策，探索符合中医药特点的医保支付方式。

专栏3 多元复合式医保支付方式主要类型及改革方向

1. 医保基金总额预算管理。积极探索将点数法与总额预算管理相结合、逐步使用区域（或一定范围内）医保基金总额预算代替具体医疗机构总额控制。

2. 按病种付费。重点推进按病种分值付费工作，完善技术规范和病种库，形成本地化的病种库，加强基础数据测算和质量监控，不断提高付费精准度。

3. 按疾病诊断相关分组付费。推广按疾病诊断相关分组付费国家和我省试点经验，不断优化细分组方案。

4. 按床日付费。对于精神疾病、安宁疗护、医疗康复等需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病，采取按床日付费的方式。

5. 按人头付费。推广基层医疗卫生机构普通门诊按人头付费与家庭医生签约服务相结合的做法，推行糖尿病、高血压、慢性肾功能衰竭等诊疗方案、评估指标明确的慢性病按人头付费，加强慢性病管理。

6. 按项目付费。对不宜打包付费的复杂病例和门诊费用按项目付费。

13.加强医保定点管理。

全面落实《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》，细化完善全省统一的基本医保、医疗救助、长期护理保险、舒缓疗护等医疗保障定点机构管理办法，优化定点管理流程。因地制宜扩大基层医疗机构

医保定点覆盖面，会同卫健部门建立协同共管机制，探索将村卫生室纳入定点管理的长效机制。加强考核监督，完善定点医药机构绩效考核，制定针对不同支付方式的医疗服务行为监督管理办法，推动定点管理与医疗质量、协议履行相挂钩。

积极稳妥协同推进县域紧密型医共体建设，制定完善县（区）域紧密型医共体医保支付政策，开展“总额付费，监督考核，结余留用，合理超支分担”付费方式改革试点，强化预算管理和绩效管理，激发定点医疗机构加强管理、规范行为、控制成本和提高服务质量的积极性、主动性。制定完善不同支付方式经办规程，完善定点医药机构履行协议考核办法，建立行为规范、服务质量和费用控制考核机制，完善定点医药机构退出机制。建立健全跨区域就医协议管理机制，提高依法行政能力，维护各方合法权益。

支持“互联网+”医疗健康等新服务模式发展，细化完善“互联网+”医保服务协议签订，在线结算医保支付政策，最大限度方便群众就医购药。

14.完善医保目录动态调整机制。

按照国家基本医保目录的调整范围和调整权限，统一执行国家基本医保药品目录，进一步完善省基本医保诊疗项目及医疗服务设施项目、医用耗材目录。按程序将更多有疗效和成本优势的中医医疗服务项目纳入基本医疗保险支付范围。

积极推动国家医保谈判药品（医用耗材）等政策落地实施，在全省建立并实施国家医保谈判药品等“双通道”制度。支持中医药发展，健全完善医疗机构制剂、有地方炮制标准的中药饮片及中药配方颗粒的医保准入管理机制。

（五）完善严密有力的基金监管机制

15.健全完善医疗保障基金监管体制机制。

加快推进医疗保障基金监管制度体系建设，全面提升医保治理能力。明确医疗保障基金监管主体责任，细化省、市、县三级医疗保障行政部门和经办机构基金监管职责分工，健全完善日常巡查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查等相结合的多形式分级检查制度。

建立部门协同联动机制，加强与卫生健康、财政、审计、公安、市场监管等多部门协同综合监管，建立违法线索联合排查、司法联动、联席会议制度等，有针对性地开展联合检查和行政执法活动，强化“行刑衔接”协作机制，切实保障基金安全稳定，提高基金运行效率。

打造医疗保障信用体系，建立统一的医保信用管理制度，实现定点医药机构信用评价全覆盖。依法建立定点医药机构和医保医师信用记录、信用评价制度和积分管理制度，将信用评价结果与基金预算、稽查稽核、协议管理等关联。

完善行政经办协同机制，加大医保协议监督制约力度。强

化经办机构内控建设，落实经办协议管理、费用监控、稽查审核工作责任。完善基金安全举报奖励机制、案件曝光等制度。优化社会监督制度，积极探索医疗保障基金社会监督员参与机制，丰富社会监督队伍职业多样性。引入保险公司、会计事务所、信息公司等社会第三方监管力量加强社会监督，构建政府监管、社会监督、行业自律、个人守信相结合的全方位监管格局。

专栏4 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、全流程、全环节监控。

2. 现场检查全覆盖。健全常态化日常监管工作机制，由统筹地区医疗保障部门负责，每年对辖区内全部定点医药机构开展一次全覆盖式现场检查。

3. 飞行检查全覆盖。省市两级医疗保障部门联合相关部门组织开展飞行检查。飞行检查随机抽查范围覆盖全省所有统筹地区。

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，实名举报查实必奖。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。健全基金监管执法体系，强化监管责任，合理调配监管力量。加强医疗保障部门与卫生健康、财政、审计、公安、市场监管等部门以及纪检监察机关的协同配合，健全协同执法、一案多处工作机制。

16.创新医疗保障基金监管方式。

持续推进医疗保障基金监管机制、方式方法和技术手段创新，加快建立基金监管长效机制，提升基金监管综合效能。总结提炼基金监管方式创新试点经验，形成可复制模式推广。深入开展“双随机、一公开”检查。

积极探索引入第三方力量加强医疗保障基金监管创新工作，重点通过招标采购信息、财会、保险机构等第三方服务形式，全面提升医疗保障基金监管效率。

健全智能监控制度，持续强化国家医保基金监管子系统落地应用，全面归集基金运行各类数据信息，建立常态化医疗费用异常筛查和预警机制，实现大数据全方位、全流程、全环节智能监控。

专栏5 医保基金监管智能监控工程

1. 适应医保支付方式改革和长期护理保险、商业健康保险发展需要，不断完善基础信息标准库和临床指南等医学知识库，推进智能监控规则库建设，逐步实现全省、全国统一标准、线上线下一致并动态更新。
2. 开展药品和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。

17.依法打击欺诈骗保违法行为。

贯彻执行医疗保障基金监管相关法律法规，进一步规范医保部门监管权限、执行程序、处罚标准等实施细则，推进有法可依、依法行政。规范定点医药机构医药服务和收费行为标准，治理医药服务领域违规乱象。加强各部门联合执法，精准打击欺诈骗保行为，开展“医保整顿”调研活动，回访患者、走村入户、问卷调查，深入群众中征集意见、摸排违法违规问题。对公职人员在医疗保障基金管理使用中的渎职滥权行为进行党纪政纪处理等不同维度的监管。利用新媒体等多种形式，在政府网站、微信公众号、直播平台等开设医保违法行为举报专区，设立电子举报信箱、电话，落实举报奖励制度，加大案件曝光力度，综合运用协议、行政、司法等手段，严肃追究欺诈骗保单位和个人责任，对涉嫌犯罪的依法追究刑事责任，切实守好人民群众的根本权益。会同相关部门联合推动欺诈骗保行为专项治理工作，提升医疗保障基金安全保障水平。

（六）加快提升医药服务供给能力

18.深化药品和医用耗材集中带量采购制度改革。

坚持药品集中带量采购常态化制度化，持续扩大高值医用耗材集中带量采购范围，完善与集中采购相配套的激励约束机制，落实集中采购医保资金结余留用政策。严格落实国家组织药品和高值医用耗材各批次带量采购任务，建立省际会商联动

机制，完善省际联盟采购模式，制定公平公正公开的采购政策，合理选择带量采购药品和高值医用耗材品种。加强对省级集中采购机构的指导，完善省级平台阳光挂网采购制度，建立以医保支付为基础，建立招标、采购、交易、结算、监督一体化的省级集中采购平台。

19.完善集中采购药品医保支付标准与采购价格协同机制。

建立公立医疗机构药品和医用耗材的采购价格信息监测机制。完善医保待遇政策、支付标准与集中采购价格协同机制，建立以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制。扩大社会办医疗机构医保覆盖面，提升医疗资源有效供给。统筹加快补短板强弱项，补全儿科、老年医学科、康复、护理、精神心理等紧缺医疗服务短板。鼓励日间手术、多学科诊疗、无痛诊疗等医疗服务发展，提高门诊检查、门诊手术、门诊治疗保障水平。扩大医保对常见病、慢性病“互联网+”医疗服务支付范围。

20.持续深化医疗服务价格改革。

逐步加强医疗服务价格宏观管理，完善定调价规则，改革优化定调价程序，探索适应经济发展、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。规范管理医疗服务价格项目，统筹兼顾医疗事业发展需要和各方承受能力，调控医疗服务价格总体水平。探索政府指导

和公立医疗机构参与相结合的价格形成机制，充分发挥公立医疗机构专业优势，合理确定医疗服务价格。

21.健全医药价格常态监管机制。

建立灵敏有度的价格动态调整机制，发挥价格合理补偿功能，稳定调价预期、理顺比价关系，确保群众负担总体不增加、医疗保障基金可承受、公立医疗机构健康发展可持续。强化大数据和信息化支撑作用，加强公立医疗机构价格监测评估考核。加快审核新增医疗服务价格项目。坚持系统观念，统筹推进公立医院补偿机制、医保支付方式等配套改革，完善激励约束机制，增强改革的系统性、整体性、协同性。

专栏6 医药服务供给能力提升工程

1. 深化药品、医用耗材采购改革。加强招标、采购、交易、结算、监督一体化的省级招标采购平台建设，所有公立医疗机构应在本省药品集中采购平台采购所需药品。坚持招采合一、量价挂钩，全面实行药品、医用耗材集中带量采购。推进医疗保障基金与医药企业直接结算，完善医保支付标准与集中采购价格协同机制。

2. 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，完善省级采购价格信息共享机制。加快审核新增医疗服务价格项目，建立价格科学确定、动态调整机制，持续优化医疗服务价格结构。加强价格常态化监测监管，建立医药价格信息披露机制。完善中医药价格和医保政策，支持中医药传承创新发展。

3. 提升医药价格监测能力。完善监测体系，强化监测制度保障，开展多维度、多主体连续监测。扩大监测范围和内容，以公立医院为主，逐步向社会办医疗机构、零售药店等延伸；在监测采购价格，向服务收费、要素成本等方面拓展。建设完善全省医药价格监测平台，充实监测力量，增加监测哨点，提升价格监测能力。开展价格监测分析，提供相关决策支持。

（七）加快提升医保公共服务能力

22.完善医保经办管理服务体系。

完善经办管理制度，构建全省统一规范的医保公共服务和稽核监管标准体系。实行医保经办服务窗口“综合柜员制”，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，完善基础设施设备，推进标准化窗口和示范点建设。加快构建全省统一的医保经办管理服务体系，实现省、市、县、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖。加强基层医保经办服务能力建设，推进医保经办服务纳入县乡村公共服务一体化建设，依托乡镇（街道）政务服务中心、村（社区）综合服务中心，通过政府购买服务等方式，加强医疗保障经办力量，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。加强医疗保障公共服务机构内控机制建设，落实协议管理、费用监控、稽查审核责任。健全长期护理保险经办服务体系。完善管理服务机制，引入信息技术服务机构、商业保险机构、社会服务机构等第三方力量参与医保经办服务，提高医保精算水平，建立绩效评价、考核激励、风险防范和优胜劣汰调整机制，提高经办管理服务能力和效率。

专栏 7 医疗保障服务示范工程

1. 用 1 个 5 年实现全省县区以上医保经办标准化窗口全覆盖。执行全国医疗保障管理服务窗口标准规范，落实全国示范窗口评定标准，实现医保经办机构的地标识别功能，规范服务。

2. 按照国家标准，在全省建成 10 个区县级以上医保经办服务示范窗口，并重点向区县倾斜。

3. 建设 50 个医疗保障基层服务示范点。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，分区域因地制宜制定评定标准，推动医保经办服务下沉。

4. 建设 50 个医疗保障定点机构示范点，推动精细化管理，提升参保人就诊体验。

5. 建设 5 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。

23. 规范医保经办管理服务标准。

构建全省统一的医疗保障经办管理标准化体系，完善业务经办、医保事项、稽核体系标准，推进医保服务标准化、规范化建设，提升服务效能。推行医保经办服务事项清单管理，并适时调整更新。实行全省统一的医保经办服务业务流程、服务指南和操作规范。以保障群众办好医保报销为主线，实施流程再造，实现一次告知、一表申请、一窗办成，切实解决群众医保报销申请材料繁、手续杂等问题。规范压减医保支付自由裁量权，完善多元复合支付方式，全力推动按疾病诊断相关分组付费、区域点数法总额预算和按病种分值付费。加强人员队伍

建设，建立全省医保行业人员配置标准和从业人员技能标准，推进持证上岗，加大医保专业领域人员培训力度，进一步提升医保经办队伍的专业化程度。

24.提升医保经办管理服务水平。

坚持传统服务方式和新型服务方式“两条腿”走路，为参保群众提供方便优质的服务，落实政务服务事项网上办理，构建多种形式的医疗保障公共管理服务平台。畅通医保咨询服务渠道，推动建设与 12345 政务服务热线相衔接的医保服务热线，建设全省医保智能客服中心，整合线上线下各类服务渠道，推进实施医保服务“视频办”，实现医保服务精准供给。建立健全跨区域医保管理服务协作机制，推进高频医疗保障服务事项“跨省通办”落地实施。健全完善政务服务“好差评”制度，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。

专栏 8 医疗保障政务服务提升工程

1. 健全政务服务“好差评”制度。聚焦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。建立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。

2. 推进跨省通办。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。加强部门间数据共享,提升“跨省通办”数据共享支撑能力。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。积极拓展“跨省通办”医保政务服务的范围和深度,为区域协调发展提供支撑保障。

3. 提升医保数字化服务水平。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经办管理服务中的运用。建设全省医保智能客服中心。引入人工智能和大数据技术,实现咨询投诉和业务办理“一体化服务”。建立线上线下服务工单流转体系,实现“全流程”闭环服务。将医保经办服务要素均纳入工单流转体系,实现工单扁平化处理。建立医保服务知识库,将线上和线下各服务渠道接收的问题统一纳入智能客服平台处理,实现“一体化”服务管理。运用人工智能和大数据技术,实现数字智能化服务,智能分析识别语音,精准解答问题,精准提供服务。利用 5G 技术,对线下服务大厅进行仿真模拟,建设网上虚拟办事大厅,推进医保服务事项“视频办”。鼓励发展诊间结算、床边结算、线上结算。依托医保诚信记录,逐步推广先诊疗后付费,推进医疗电子票据使用。探索建立慢性病互联网诊疗、第三方药品配送上门的服务新模式。

4. 提升适老服务水平。优化参保登记、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群体的特殊需要。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。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。

25.推进异地就医直接结算服务。

完善异地就医直接结算经办管理服务体系，加快完善配套经办服务规程。健全跨区域医疗保障管理工作体系和协作机制，加强省级异地就医结算中心建设和跨区域协作。优化跨省异地就医结算管理服务，完善省级异地就医管理服务平台，全面提升异地就医结算管理服务能力。

专栏9 全省异地就医结算能力建设工程

1. 完善跨省异地就医直接结算制度体系。落实全省统一的跨省异地就医直接结算管理办法和工作规程，制定全省统一跨省异地就医直接结算相关制度和规程。

2. 健全跨区域医疗保障管理工作体系和协作机制。加强全省异地就医结算管理中心建设，完善各级异地就医业务管理、基金管理和信息管理岗位职责，确保基金安全和信息安全，保障异地就医直接结算平稳运行。

3. 优化跨省异地就医结算管理服务。完善全省异地就医管理服务平台，扩大跨省直接结算的覆盖范围，提高直接结算率。探索重大公共卫生事件医保费用异地就医直接结算的实现路径，开展医疗费用手工（零星）报销线上服务，提供住院、普通门诊、门诊慢特病费用线上线下一体化的异地就医结算服务。

26.完善医保协议管理。

加强医疗保障定点医药机构管理，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疗保障服务协议范本，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。落实国家两定机构管理办法，制定定点医药机构评估细则、绩效考核细则。推进定点医药机构医保精细化管理，建立考核评价及退出机制。

27.探索医保经办治理机制创新模式。

探索医保经办治理机制创新，研究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，鼓励支持商业保险等社会力量参与医保经办管理服务。加强定点医疗机构医保职能部门建设，发挥定点医疗机构医保职能部门作用延伸经办管理服务网络。推进乡村振兴战略，实施医疗保障服务“11555”示范工程。积极探索医保管理发展新模式，大力推广和总结我省DRG付费试点和医保智能监控国家示范点的实践经验。继续完善我省异地就医协同管理平台建设，在“一主六双”产业布局战略部署下，倡导东三省医保异地经办服务便捷举措，推动实现东北区域医保基本公共服务的共创、共享新局面。

（八）加快提升医保创新发展能力

28.完善投入保障机制。

落实各级财政对医疗保障的投入责任，重点强化保障基层基础医保工作的财政保障力度，提高资金规划与管理效率，健

全完善医疗保障资金分配使用管理制度，加强资金监管和绩效评价，加强各类保费相叠加的资金筹措机制。

29. 夯实信息化支撑能力。

按照“系统全国统一、数据两级集中、平台分级部署、网络全面覆盖”的国家医疗保障信息化建设要求，加快推进省级医保信息平台建设，推动国家医保信息化建设部署在我省全域实现全业务落地应用。结合全省医疗保障工作实际，紧紧依靠国家业务中台支撑，加快健全完善各类业务和管理应用子系统。不断丰富医疗保障公共服务平台功能，推动省级医疗保障公共服务平台与省级政务服务平台融合。强化运行维护体系和安全管理体系建设，明确省市县三级医保部门管理责任，建立日常监管和考核评估机制。

专栏 10 省级医疗保障信息平台建设工程

1. 全面完成“全国统一的医疗保障信息平台”省级平台建设任务，实现医保信息平台省级集中部署、数据省级集中管理。
2. 动态维护医保药品、医用耗材、医疗服务项目分类与代码等 15 项医保信息业务编码标准，全面推进医保信息业务编码贯标应用。
3. 持续优化完善医保信息平台，提高各应用子系统的业务协同能力和高可用性。分级建立健全物理安全、数据安全、网络安全等安全管理体系和云平台、业务系统、网络等运行维护体系。
4. 深化大数据、区块链等技术在宏观决策分析、医疗电子票据等工作中的应用，更好服务医保科学决策和便民服务。

加强医保电子凭证应用推广。加快普及医保移动支付应用效率；拓展国家医保电子凭证应用场景，实现参保人员在线认证，形成在线预约、支付、查阅、药物流转等全流程就医服务；探索信息共享，实现处方流转、在线支付结算、送药上门一体化服务。

完善“互联网+医疗健康”医保服务。规范“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，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。

30.推动数字化转型。

贯彻吉林省数字化转型发展战略部署。全面推进“互联网+医保”、“智慧医保”建设向网络化、自动化、智能化和智慧化相融合的数字医保转型升级。加快数字医保基础软硬件设施建设，提升医保运行各环节的数字化应用水平，不断加强“数字医保”战略设计和数据资源统筹规划。通过医保各类数据即时接入，实现全省医保数据信息互联互通，形成数字医保互动协同发展新格局。加强防范医保系统数据安全风险，强化内外网安全隔离，依法保护全省参保人员库基本信息和数据安全。发挥数字技术在医保预算模型和基金智能监管上的服务功能。积极探索医保服务事项“视频办”；建立个人医保信息“云档

案”，完善医保信用体系建设以及在管理服务中的深入应用；推动数字医保服务落地，提升全省医保人工智能服务能力，借助数字化客服中心、AI 智能知识中心、语音互联网等全面服务渠道，向参保人员提供医保咨询、业务办理、适老支持等贴身服务，形成全天候的应答及时、咨询有效、解决率高的专业化数字医保精准服务体系。

加强医保大数据管理和协同共享。探索成立由省医保部门主导，高校、企业参与的大数据与健康保障联合实验室，打造国家级产学研协同创新平台，通过数字赋能和大数据分析，推进医保科技的发展，提升智慧医保精细化管理和科学决策水平，形成完整的健康保障产学研合作链条。以医保数据为载体，以数字应用为基础，做好医保数据的分级分类管理。重视对医保数据价值的挖掘与利用，加强各级医保信息资源的协同共享，为医保政策制定与评估提供决策依据。

31.开展政校合作积淀发展后劲。

以吉林大学为载体，合作建立吉林省医疗保障研究院，共同打造医疗保障高端智库研究平台，从宏观层面开展重大问题前瞻性理论研究，从运行层面结合医保管理实践有针对性地开展难点、堵点问题研究，为政府医保政策决策和医保管理服务、健全完善医保制度和政策体系提供专业支撑，并逐步承担全省医疗保障人才培训和能力建设任务，全面提升医保创新发

展能力。

（九）加快提升医保协同治理能力

32.提高医疗保障管理效能。

深化医疗保障体制改革，探索建立与医保统筹层次相适应的管理体制，积极开展地市级医疗保障行政部门垂直管理试点。加快建立覆盖全省、分工明确、健全完善的省市县乡村五级医疗保障经办管理服务体系，推动实现医保业务服务“一体化”。探索建立全省一盘棋、网格化、全链条、多维度的医疗保障监管体系，全面提高医疗保障执法、稽核和协议管理综合效能。

33.提高医疗保障法治建设水平。

深入推进医疗保障法治建设，全面做好国家医疗保障法律法规贯彻实施工作，开展多种形式的医保普法宣传活动，增强全社会医保法治意识，提高政策知晓度。加强医疗保障地方性法规研究工作。

规范医疗保障行政执法行为，完善权责清单、执法事项清单、服务清单，规范执法文书样式、行政执法指引；强化医疗保障队伍的依法行政理念，规范执法行为，加强医保系统领导干部依法行政培训工作；健全完善医疗保障行政执法公示、执法全过程记录、重大执法决定法制审核等制度；健全行政诉讼案件处理工作机制。

34.加强医保领域标准化建设。

深入贯彻落实执行国家 15 项医疗保障信息业务编码标准，重点在基础共性标准、管理工作规范、公共服务标准、评价监督标准四个方面加强地方医保标准化建设，构建全省统一的医疗保障信息业务编码标准，数字医保建设相关的网络安全、数据交换、运行维护等技术标准；推进统一的医疗保障基金管理、业务经办管理、医药价格和招标采购管理等工作规范；优化高效便捷的医疗保障公共服务标准，完善医疗保险参保流程规范、第三方机构协议规范、长期护理保险失能评估标准、服务项目标准等；强化标准执行、维护与监督的动态评价工作机制，执行国家医疗保障绩效考核和服务评价标准，建立标准激励导向和系统改进机制，形成制定标准、执行监督、评估修正、再执行的科学循环，系统提升医疗保障治理标准化工作效果。

四、保障措施

（十）加强组织领导

医疗保障是保障和改善民生、维护社会公平、增进人民福祉的基本制度保障。各地、各有关部门要进一步提高认识，把握规律，统筹协调，将医疗保障规划作为区域经济社会发展规划的重要组成部分，切实抓好贯彻落实。要认真坚持国家顶层设计，强化国家、省、市三级规划衔接。要坚持医疗保障制度的统一性和规范性，增强制度的刚性约束，加强对制度运行的

管理监督，确保医疗保障规划全国、全省“一盘棋”。

（十一）推动落地实施

建立健全规划实施机制，做好规划重点任务分解，明确责任单位（部门）、实施时间表和路线图。各级医疗保障部门要将规划实施作为年度重点任务纳入工作计划，加强规划实施的动员部署、统筹协调和宏观指导。建立健全医疗保障领域部门协作联动机制，明确跨部门、跨区域、跨行业的重大问题和责任分工。加强与教育、公安、民政、人力资源社会保障、卫生健康、税务、市场监管、乡村振兴、残联等部门的沟通衔接，提升规划实施效能。

（十二）强化人才培养

制定医疗保障人才梯队培养方案，健全人才评价与晋升考核机制，吸引、培养、选拔、使用一批医疗保障管理人才。建设与新时代医疗保障公共服务要求相适应的专业化干部队伍，加强医疗保障基金监管执法和经办服务队伍建设，建立各级医疗保障专家库。加大干部培训力度，不断提高干部政治素质、战略眼光和专业水平。贯彻落实激励干部担当作为各项政策措施，引导广大干部更加自觉地为医疗保障事业发展担当尽责。

（十三）开展监测评估

健全规划实施数据监测和考核评估机制，逐级开展动态统计数据监测和定期考核评估工作，准确把握重点任务进展和主

要指标完成情况，完善督查通报制度，把监测评估结果作为推动规划实施、改进医疗保障工作和部门绩效考核的重要依据。积极引入第三方评估机构，科学精准评估规划落地实施情况。鼓励多方参与规划实施监督，自觉接受人大、政协监督，畅通群众诉求和意见表达渠道。

（十四）大力宣传引导

加强对国家和我省医疗保障规划的宣传解读，把规划实施宣传与医保政策解读有机结合，建立网络舆情监测收集、分析研判机制，及时回应社会关切，进一步做大做强医疗保障宣传阵地。适应全媒体融合发展现状，创新宣传载体，畅通宣传渠道，针对不同受众，全方位、多维度开展形式多样的宣传解读活动，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，合理引导社会各界和人民群众的医疗保障预期，广泛取得理解和支持，为医疗保障事业改革发展营造良好舆论氛围。