

泉州市医疗保障事业发展规划（2021-2025 年）

2021 年 11 月

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.....	11
第二章 总体思路.....	12
第一节 指导思想.....	12
第二节 基本原则.....	13
第三节 发展目标.....	14
第三章 健全多层次医疗保障制度体系.....	18
第一节 提升基本医保参保质量.....	18
第二节 巩固优化待遇保障机制.....	19
第三节 健全完善筹资运行机制.....	21
第四节 持续优化医保支付机制.....	23
第五节 改革完善基金监管机制.....	25
第六节 积极发展商业医疗保险.....	28
第四章 健全医疗保障服务体系.....	28
第一节 完善医药价格形成机制.....	28
第二节 助力医疗服务体系改革.....	31

第三节 优化医疗保障管理服务.....	32
第四节 积极应对人口老龄化.....	35
第五章 构筑坚实医疗保障支撑体系.....	37
第一节 强化法治保障.....	37
第二节 促进安全发展.....	38
第三节 推动智慧医保发展.....	39
第四节 健全标准化体系.....	41
第五节 加强干部队伍建设.....	42
第六章 保障措施.....	43
第一节 加强组织领导.....	43
第二节 加大投入力度.....	43
第三节 加强监督评价.....	44
第四节 营造良好环境.....	44

前 言

“十四五”时期是全面开启社会主义现代化建设的重要战略机遇期，医疗保障事业将面临新的机遇与挑战。人民健康是社会主义现代化的重要标志。为推动泉州市医疗保障事业的高质量发展，根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《“十四五”全民医疗保障规划》《福建省“十四五”全民医疗保障专项规划》《泉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》《健康泉州“2030”行动规划》等有关精神，践行“晋江经验”，结合泉州市医疗保障事业发展实际，编制《泉州市医疗保障事业发展规划（2021-2025年）》（以下简称为《规划》）。本《规划》主要对泉州市“十四五”时期医疗保障事业进行战略部署，明确泉州市医疗保障发展事业的指导思想、主要目标、重点任务和保障措施，为泉州市“十四五”时期全面开展医疗保障工作提供行动指南。

本《规划》基期为2020年，规划期为2021-2025年，由泉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、市政府的领导下，我市医疗保障部门深入贯彻习近平总书记关于医疗保障工作系列重要指示批示精神，认真落实国家、省深化医疗保障制度改革总体部署，以“服务人民、保障健康”为宗旨，聚焦群众“看病难、看病贵”问题，践行“晋江经验”，因地制宜探索我市医疗保障制度改革新路子，推动医疗保障事业发展迈上新台阶。

完成医保管理体制变革。2017年1月，成立泉州市医疗保障管理局，在市财政局加挂牌子，整合市人社局承担的全市城镇职工基本医疗保险管理、城镇居民基本医疗保险管理、生育保险管理职责，原市卫计委承担的全市新型农村合作医疗管理以及药品、医用耗材集中采购管理职责，市民政局承担的城乡医疗救助管理职责，原市物价局承担的医疗服务价格和药品价格管理职责，市商务局承担的药品配送管理职责，统一划转由市医疗保障管理局集中管理。设立价格与采购监管科和医保基金管理科2个内设科室，下设市医疗保障基金管理中心。2018年12月，将泉州市财政局（市医疗保障管理局）承担的城镇职工和城乡居民基本医疗保险、生育保险、药品和医疗服务价格管理、医疗救助等职责划转，组建泉州市医疗保障局，作为泉州市人民政府工作部门，

为正处级单位，设立办公室、基金与待遇管理科、医疗服务价格科、药械采购监管科和稽查科等 5 个内设科室。11 个县（市、区）设立医疗保障分局，作为市医疗保障局的派出机构，具体承担辖区内医疗保障行政管理和监督职责，并受市医疗保障局委托管理本辖区的医疗保障经办机构。市、县两级医疗保障部门组建之后，有力确保医疗保障工作高效平稳运作。

完善多层次医疗保障制度。整合城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗两项制度，实施全市统一的城乡居民基本医疗保险制度，医保基金实行市级统筹，实现覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理等“六统一”。合并实施生育保险和职工医保，实现两险合并缴费和基金合并运行。全面实施全市统一的城乡居民医疗救助制度，医疗救助基金实行市级统筹，加强医疗救助政策与基本医保政策的衔接，发挥托底保障作用。

提高筹资标准与待遇水平。根据我市经济发展水平和群众对医疗保障的需求，稳步提高基本医保参保人员筹资水平，2020 年职工医保人均筹资 3881.31 元/年，城乡居民医保人均筹资 800 元/年，分别比 2016 年增长 37.58%和 48.15 %。不断优化医疗保障政策，持续提高参保人员的保障水平，我市门诊特殊病种和治疗项目数量由改革前 22 种增加到 40 种，病种和治疗项目数量位居全省第一；在全省率先提高尿毒症透析及疫苗异常反应相关疾病患者医保待遇水平，率先将心脏、肝脏、肺脏和胰腺等 4 个器

官移植医疗费用纳入医保支付范围；在全省率先出台基本医保对中医药倾斜扶持政策，对我市各级中医医院的医保报销比例按降低一个医院等级标准执行，率先将中医药治疗恶性肿瘤（含白血病）纳入门诊特殊病种治疗项目；调整完善职工医保个人账户管理制度，实行职工医保个人账户家庭共济，提高个人账户资金使用绩效。2020 年职工医保、城乡居民医保实际报销比例分别达到 77.43%、56.98%，比 2016 年提高 3 个百分点和 12 个百分点。

深化药品和医用耗材领域改革。在全省率先组建药品联合限价阳光采购联盟，全面推进药品阳光采购改革，以量换价，进一步降低药品价格，年为医疗机构节省药品采购资金达 1.8 亿元。全市公立医院全面跟进国家和省组织的药品、医用耗材集中采购试点工作，在全国率先开展民营医院跟进国家和省组织的药品集中采购试点工作，在全省率先开展市级医用耗材联合带量采购试点工作。落实 114 个国家谈判药品的医保支付政策。推进医用耗材阳光采购结果全省共享工作。全面开展药品货款医保统一结算工作，在全省率先开展医用耗材货款医保统一结算工作，药品、医用耗材货款统一结算率分别达到 99.92%、83.63%左右。

深化医疗服务价格和医保支付方式改革。分类实施医疗服务价格改革，2017 年以来优化调整 16 批次 5933 项医疗服务项目及价格，降低检查、检验类项目价格，提高体现医务人员劳务价值的项目价格，推动医院收入结构更加合理。全面推行按病种收付费为主的多元复合式收付费方式改革，实施 363 个按病种收付

费改革，同步推行按床日、按人头付费方式改革，积极推进按疾病诊断相关分组（DRG）收付费改革试点工作，进一步促进公立医院合理诊疗、用药和检查检验，激发医院控制成本的内生动力。对紧密型县域医共体实行医保基金打包支付，推动紧密型县域医共体建设。

加大医保基金监管力度。在全省率先提出“三函两牌”医保监管措施，建立和实行日常巡查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查等相结合的多种检查方式，实施“双随机、一公开”检查和网格化监管等常态化模式，推进医疗保障领域信用体系建设，出台打击欺诈骗保举报奖励制度，严惩重罚欺诈骗保的单位和个人。2017年以来，全市医保部门发出“函、牌”4372张，暂停医保定点服务444家，解除医保定点协议33家，暂停医师医保处方权69名，追回或拒付违规使用医保基金1.4亿元，依协议收取违约金5957.84万元，移送公安机关查处涉嫌欺诈骗保犯罪线索7起，持续保持打击欺诈骗保高压态势。

优化医保公共管理服务。在全省率先完成医疗保障信息系统“三保合一”改造工作，实现城乡居民医保、职工医保、生育保险、医疗救助、公务员医疗补助等医保待遇“一网通办”“一站式”结算服务。在全省率先实施医保“全城通办”服务。充分调动社会力量参与医保经办服务，2019年起通过公开招标方式，向中国人保财险福建公司、中国人寿福建公司和太平洋人寿保险福建公司购买医保经办服务。深化“放管服”改革，“一趟不用

跑”服务事项占比达到 82.14%，“一趟不用跑”服务量占比由原来 65%提高到 96.62%，在全市 45 家二级以上医院设立 47 个医保服务站。加大医保靠前服务力度，分两批将门诊慢特病种认定、转外就医登记等 9 项医保经办业务下放至医保服务站办理。在全省率先推行异地就医医保双向代结报服务工作，通过异地泉籍商会设立医保代结报服务站 31 个。实施跨省异地就医住院医疗费用医保直接结算服务，全市全国联网医保定点医疗机构达 241 家。建立全国首个台商投资区台胞医保服务中心，为在泉台胞提供医保双向服务。

统筹做好医保扶贫、疫情防控和复产复工等重点工作。在全省率先实施精准扶贫医保补充补助政策，为农村建档立卡贫困人口构建基本医保、大病保险、医疗救助、精准扶贫医疗叠加保险和精准扶贫医保补充补助五重医疗保障，国定省定建档立卡贫困人口医疗费用实际报销比例由 2016 年的 45%左右提高到 2020 年的 94.63%。积极推进村卫生所纳入医保定点工作，定点村卫生所由原来 99 家增加到 1965 家。做好疫情防控医疗保障工作，对《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案》覆盖的药品和医疗服务项目，全部临时纳入医保基金支付范围。预付 2.17 亿元医保基金给 16 家定点救治医院，减轻定点救治医院垫付压力。落实阶段性减征缓征医保费政策，减征政策惠及我市 6.13 万家企业，减轻企业负担 4.2 亿元；185 家企业申请缓缴，涉及医保费达 3611.2 万元。开展“医保服务进万企”活动，助推企业复工复产工作。

第二节 发展形势

“十四五”时期是深化医疗保障制度改革，推动我市医疗保障制度更加成熟定型，基本完成待遇保障、筹资机制、医保支付、价格规范、医保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改革任务的重要机遇期和攻坚期，我市医疗保障高质量发展面临新形势与新挑战。

医疗保障水平有待提高。城乡居民医保筹资和待遇水平偏低，与我市经济社会发展水平不匹配。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，新冠肺炎疫情全球蔓延增加了疾病谱的复杂性和不确定性。

医保基金收支平衡压力增大。我市城乡居民医保每年筹资增长10%左右，但是筹资增长幅度低于医疗费用和医保基金支出的增长幅度。一些抗癌药品、新医疗技术等纳入医保报销范围，“两病”保障政策实施等各种提高待遇优惠政策叠加，参保人员转外就医医疗费用支出居高不下，人口老龄化，加剧医保基金支出压力。

三医联动协同改革有待加强。医保、医疗、医药联动改革的整体性、系统性和协同性还需加强。医保在“三医联动”改革中的基础性作用发挥不够到位，引领医疗、医药服务供给侧改革成效不够明显。医疗机构和医务人员参与改革的积极性不强。

医保基金监管机制亟需健全。医保执法检查对象点多面广量大，医保智能监管有待加强，定点医药机构内部医保基金管理水平有待进一步提高。“互联网+医疗”、医养康结合、医防结合等新型健康服务组织形式的出现和形态变化，增加了监管难度。

群众健康需求多元化。随着社会经济的发展和医学技术的进步，人民群众的健康期望和健康标准也不断升级。在推进健康泉州的建设过程中，人民群众的健康需求逐渐释放，需求的多样性和多元化将逐步呈现，对我市医疗保障体系提出了更高的要求。

第二章 总体思路

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二中、三中、四中、五中全会精神，以及习近平总书记对医疗保障工作的重要指示批示精神，按照党中央、国务院深化医疗保障制度改革的决策部署，以及省委、省政府关于医疗、医保、医药“三医联动”改革的工作要求，坚持以人民健康为中心的发展理念，以高质量发展为主题，以解除人民群众疾病医疗后顾之忧为根本目的，以体制机制创新为动力，统筹需求侧管理和供给侧改革，强化精细化管理，发挥医保基金战略性购买作用，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，建设阳光医保、数字医保、精准医保、温情医保、创新医保，持续推进医疗保障治理体系和治理能力现代化，推进我市医疗保障事业高质量发展，促进健康泉州建设，为群众提供保障适度、服务可及、质量优良的医疗保障服务，全面提升参保群众的获得感、幸福感、安全感。

第二节 基本原则

坚持党的全面领导。始终坚持党对医疗保障工作的领导，发展和完善中国特色医疗保障制度，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，为我市医疗保障制度成熟定型提供根本保证。

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，深入实施健康泉州行动计划，建设更加系统、更加高效、更高质量的医疗保障，实现好、维护好、发展好最广大人民群众的健康权益。

坚持覆盖全民、公平统一。将基本医疗保障作为基本权益依法覆盖全民，遵循普惠公平、互助共济、权责匹配的原则，持续推动制度规范统一，提高基本医疗保障公平性，有效防止因病致贫、因病返贫。

坚持保障基本、持续发展。坚持尽力而为、量力而行，落实医保待遇清单制度，科学合理确定保障待遇，保障基本医疗服务

需求，防止保障不足或过度保障。加强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。

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，提高医保基金使用绩效。

坚持精细管理、优质服务。加强定点医药机构管理和医保经办服务，扩大定点医药机构覆盖面，提升医疗保障服务质量，精准实施医保支付方式改革，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，促进医疗保障可持续健康发展。

坚持共享共治、多方参与。坚持政府、市场、社会协同发力，鼓励商业医疗保险发展，促进多层次医疗保障体系发展，发挥医保基金战略性购买作用，强化医保、医疗、医药多主体协商共治，加强社会监督，提升综合治理水平。

第三节 发展目标

践行“晋江经验”，立足泉州实际，力争在“十四五”期间，医保筹资、药械采购、医疗服务价格、医保支付、医保待遇、医保经办服务等方面实现新突破，到2025年，全市医疗保障制度更加成熟定型，努力实现“五个医保”工作目标。

建设阳光医保。以全面建成多层次医疗保障体系为目标，基

本医疗保障依法覆盖全民，各方责任更加均衡，待遇保障机制更加公平适度，保障范围和水平与经济社会发展相适应，住院费用报销比例稳步提高，创建“两病”门诊用药保障专项行动示范城市，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。

建设数字医保。加快推进“互联网+医保”，建设区域医疗保障服务平台，医保信息化、标准化建设全面加强，医保管理服务数字化、智能化水平显著提升，医疗保障信息平台安全运行，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，医保服务便利性显著提升。

建设精准医保。医保基金监管精准高效，基本建成医保基金监管制度体系和执法体系，形成以法治为保障，信用管理为基础，多种形式检查、大数据监管为依托，党委领导、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，实现医保基金监管法治化、专业化、规范化、常态化，并在实践中不断发展完善。

建设创新医保。沿着“三医联动”的改革路径，加大力度，突破重点领域改革，协同推进医药服务供给侧改革，推动医保、医疗、医药“三医联动”改革“全联”与“深动”，医保基金战略性购买作用有效实现，扩大普通耗材市级带量采购品种范围，以市场为主导的医药价格和采购机制更加完善，医疗服务价格更

加灵敏高效、结构更加科学合理，医疗保障和医药服务高质量协同发展。

建设温情医保。公共服务体系更加健全，医疗保障公共服务可及性显著提升。医疗保障服务流程进一步规范优化，服务渠道进一步拓宽，最大限度减少服务对象排队时间和跑腿次数，不断完善医疗保障系统行风建设工作机制，全面实施“好差评”制度，服务作风显著改善，人民群众满意度不断提高。

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
基本医疗保险参保率	94.7%	96%以上	市医保局 市税务局	约束性
职工医保政策范围内住院费用报销比例(含职工大额医疗费用补助)	85.86%	86%左右	市医保局	约束性
居民医保政策范围内住院费用报销比例(含大病保险)	64.24%	70%左右	市医保局	约束性
重点救助对象门诊慢特病和住院报销比例	85%	85%左右	市医保局	预期性
商业健康保险赔付支出占卫生总费用的比例	--	5%左右	银保监局 市医保局	倡导性

县域内就诊率	78.34%	90%左右	市医保局 市卫健委	倡导性
参保人中医医疗机构就诊中医药医疗费用占总医疗费用的比例	14.36%	16%左右	市医保局 市卫健委	倡导性
住院费用按病种收付费病种数量	363 个	不少于 500 个	市医保局	预期性
公立医疗机构通过集中采购平台线上采购药品、高值医用耗材数量占比	药品占比 95%，高值医用耗材占比 85%	药品占比达到 95%以上，高值医用耗材占比达到 85%以上	市医保局 市卫健委	预期性
药品、高值医用耗材集中带量采购品种	药品 125 个品种，高值医用耗材 5 类	药品不少于 500 个品种，高值医用耗材 10 类	市医保局 市卫健委	预期性
住院费用跨省直接结算率	58.44%	70%以上	市医保局	预期性
医疗保障政务服务满意率	85%	90%以上	市医保局	预期性
医疗保障政务服务事项线上可办率	84.21%	85%以上	市医保局	预期性
医疗保障政务服务事项窗口可办率	100%	100%	市医保局	约束性

第三章 健全多层次医疗保障制度体系

第一节 提升基本医保参保质量

依法依规分类参保。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。优化职工医保和城乡居民医保参保结构。

实施参保扩面计划。建立健全医保与公安、司法、民政、卫健、税务、教育等部门的数据共享交换机制，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，建立健全覆盖全民的参保数据库，实现参保信息实时动态查询，避免重复参保，提高参保扩面范围。

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，压实乡镇街道参保征缴责任。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。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。探索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，做好跨统筹区域就业人员基本医保关系转移接续工作。

第二节 巩固优化待遇保障机制

促进基本医保公平统一。坚持基本医保保基本的定位，实行城镇职工和城乡居民分类保障，基金分别建账、分账核算。巩固基本医保市级统筹层次。执行国家统一基本医保目录，规范基本医保支付政策。建立健全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，促进医疗保障制度法定化、决策科学化、管理规范化管理，避免过度保障和保障不足问题。

实施公平适度医保待遇。根据我市经济发展水平和基金承受能力，坚持基本保障、公平享有，遵循客观规律，尽力而为、量力而行，实施公平适度保障。做好住院和门诊待遇政策衔接，健全与经济发展、筹资能力相衔接的医保待遇保障动态调整机制。持续完善门诊待遇保障政策，规范个人账户使用，完善与门诊共济保障相适应的付费机制。创建“两病”门诊用药保障专项行动示范城市，改革慢病用药管理和服务，探索参保慢性病人确诊用药服务保障制度，实现慢病早发现、早用药、早治疗。

建立健全补充医疗保险。完善和规范城乡居民大病保险、职工大额医疗费用补助，健全大病保险筹资机制，强化大病保险保障功能。健全对特困人员、低保对象和返贫致贫人口大病保障倾斜机制，梯次减轻大病患者医疗费用负担。稳定公务员医疗补助筹资水平，完善医疗补助政策，探索公务员医疗补助结余基金用于保障对象健康管理，提高基金使用绩效。

发挥医疗救助托底保障作用。健全救助对象及时精准识别机制，及时将符合条件的城乡困难居民纳入医疗救助对象范围。完

善医疗救助制度，稳步提高医疗救助水平。积极引导慈善救助等社会力量参与救助，促进医疗救助与其他社会救助制度的衔接，筑牢医疗救助托底保障防线。

有效衔接乡村振兴战略。巩固拓展医保脱贫攻坚成果，实现由集中资源支持脱贫攻坚向基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重制度常态化保障平稳过渡。推进现行医保扶贫政策平稳融入医疗救助体系，建立健全防范化解因病致贫返贫的长效机制。分类优化医疗保障综合帮扶政策，合理确定脱贫人口医疗保障待遇水平，坚决治理医保扶贫领域过度保障，将脱贫攻坚期地方自行开展的其他医疗保障扶贫措施资金逐步统一并入医疗救助基金。综合施策降低农村低收入人口看病就医成本，引导合理诊疗，促进有序就医，整体提升农村医疗保障和健康管理水平。

建立重大疫情医疗救治费用保障机制。在突发疫情等紧急情况时，健全重大疫情医疗救治医保支付政策，及时向救治医疗机构预拨医保基金，完善医疗救治费用保障机制，确保医疗机构先救治、后收费，确保患者不因费用问题影响就医。落实重大疫情特殊群体、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。统筹协调医疗保障基金和公共卫生服务资金使用，推动公共卫生服务和医疗服务有效衔接。

第三节 健全完善筹资运行机制

完善责任均衡的多元筹资机制。建立基本医保基准费率制度，完善筹资分担和动态调整机制，均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任。优化职工医保基金中统筹基金和个人账户结构，提高统筹基金在职工医保基金中的比重。稳步提高财政补助标准，实施城乡居民医保个人缴费标准与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩的机制，使筹资标准与经济社会发展水平相适应，至 2025 年城乡居民医保筹资达到全省平均水平，接近全国平均水平。优化个人缴费和政府补助结构，适度提高个人缴费权重。拓宽医疗救助基金筹资渠道，通过财政补助、社会捐赠、彩票公益金等多渠道筹集。落实困难群众参保资助政策。

完善医保基金预算管理机制。完善“以收定支、收支平衡、略有结余”的总额预算编制机制，逐步将人口结构、发病率、医疗费用变化等因素纳入预算编制考量，增强医保基金收支预算编制的科学性，提高预算编制质量。建立完善住院与门诊、药品耗材与医疗服务、县域医共体与其他医疗机构就医等的分项预算科学管理机制，完善责任共担机制。加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理，强化绩效目标，加强绩效过程监控、结果评估与应用。完善预算执行分析报告制度，增强预算执行约束力，促进基金稳健可持续运行。

完善医保基金监控和预警管理机制。完善医保基金风险预警机制，建立健全基金风险定期评估制度，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。加强中长期精算平衡，

防范系统性风险，合理调控基金征缴，做好收支平衡管理，提高基金使用效率，防范基金运行风险。探索医保基金事权和支出责任分担机制，促进县级强化责任、共同管控，确保基金平稳运行。

专栏 1：建设“阳光医保”工程

- 实施全民参保计划。强化参保扩面，做好应保尽保，到 2025 年，实现参保率达 96%以上。依托国家医疗保障信息平台基础信息管理子系统参保功能模块，实时识别参保人参保缴费状态，避免重复参保，增强参保扩面实效。
- 提高城乡居民医保筹资水平。筹资水平逐年有所增长，稳步提高财政补助标准，到 2025 年，力争我市城乡居民医保筹资达到全省平均水平。
- 落实医疗保障待遇清单。落实国家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；严格执行基本支付范围和标准，实施公平适度保障。到 2025 年，职工医保、居民医保政策范围内住院费用报销比例(含职工大额医疗费用补助、城乡居民大病保险)分别达到 86%左右、70%左右。
- 提升医疗救助精准帮扶水平。及时精准识别救助对象，实施分类分档救助。建立防范和化解因病致贫返贫长效机制，强化高额医疗费用支出预警监测，多渠道化解重点救助对象高额医疗费用负担。到 2025 年，重点救助对象门诊慢特病和住院报销比例达 85%左右。
- 建立重大疫情医疗救治费用保障机制。健全完善重大疫情医疗救治医保支付政策，确保患者不因费用问题影响就医。健全完善突发疫情医保基金预付机制，确保医疗机构先救治、后收费。

第四节 持续优化医保支付机制

完善医保支付保障机制。建立健全基本医保目录先行支付比例动态调整机制，完善动态调整的药品、诊疗项目和医用耗材医保支付标准，科学合理确定个人先行支付比例，引导规范医疗服务行为，促进合理用药用耗。健全医保药品、诊疗项目、医用耗材评价规则和指标体系。

深化多元复合型医保支付方式改革。全面推行以按病种收付费为主，按床日、按人头、按疾病诊断相关分组（DRG）收付费等并存的多元复合型医保支付方式改革。扩大病种收付费改革的覆盖面。逐步将收付费方式改革从住院向门诊延伸，探索符合中医药特点的医保支付方式，深化中医特色优势门诊病种医保支付方式改革。进一步完善精神专科医院住院按床日收付费改革。稳步推进按疾病诊断相关分组（DRG）收付费改革试点工作。总结推广家庭医生签约服务与按人头付费有效做法。完善紧密型县域医共体医保基金打包支付工作，规范打包结余资金的使用管理，积极探索形成医保支付与医防融合协同机制。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。

巩固差别化医保报销政策。积极推进分级诊疗制度建设，完善不同等级医疗机构差别化医保支付政策，合理拉开基层、县级和城市大医院间报销水平差距，实行越基层医保报销比例越高的倾斜政策。在县域紧密型医共体内，取消对基层医疗卫生机构医保限额封顶政策，进一步发挥医保基金平衡作用，引导医疗机构

合理定位。根据医保基金结余情况，对统筹区内和部分转外就医的大病病种实施医保二次补偿，减轻大病患者医疗负担。

专栏 2：建设“创新医保”工程（一）

- 1. 按病种收付费和疾病诊断相关分组（DRG）收付费。扩大病种数量和覆盖面，完善规范病种名称和收费标准，提高病种开展率和改革成效。到 2025 年，住院费用按病种收付费数量不少于 500 个。推进我市 DRG 收付费改革试点工作，2021 年底前进入模拟运行，2022 年底前实现实际付费。在试点成熟的基础上，扩大改革范围，将符合条件的医疗机构纳入改革范围。到 2025 年，按病种或按疾病诊断相关分组（DRG）付费的统筹基金费用占住院统筹基金总费用的比例达到 70%。
- 2. 按床日收付费。加强监测评估，巩固提升我市精神类疾病住院按床日收付费改革成效。探索康复类疾病试行按床日收付费。
- 3. 中医特色门诊病种付费。推动中医病种诊疗规范，动态调整病种数量，引导医疗机构提供适宜的中医药服务。
- 4. 按人头付费。做实基层医疗卫生机构普通门诊与家庭医生签约服务相结合，推行糖尿病、高血压等诊疗方案、评估指标明确的慢性病按人头付费，加强慢性病管理。
- 5. 按项目收付费。对不宜打包收付费的复杂病例和门诊费用按项目收付费，逐渐减少统筹基金按项目付费的比例。
- 6. 紧密型县域医共体医保基金打包支付。完善紧密型县域医共体医保基金打包支付政策，规范打包结余资金的使用管理，最大化发挥医保基金撬动医疗机构提升服务能力的效能。

第五节 改革完善基金监管机制

建立健全监督检查机制。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疗费用，规范医保经办业务。制定重大复杂行政执法案件集体讨论制度，推行“双随机、一公开”监管机制和“三函两牌”监管措施，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，明确检查对象、检查重点和检查内容。完善部门联动监管机制，开展联合检查，形成监管合力。建立健全基金监管执法体系，加强人员力量、技术手段、执法装备等基金监管能力建设，探索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协助开展医保基金监管。

建设医保基金智能审核监控系统。主动对接全省医保智能监控系统，建立和完善我市医保智能审核监控系统，实施大数据实时动态智能监控。依托医保智能审核系统，对定点医疗机构使用医保基金行为开展全覆盖审核，针对欺诈骗保行为的特点，不断完善药品、诊疗项目、医疗服务设施等基础信息标准库和临床指南等医学知识库以及智能审核监控规则，提升智能审核监控功能，建设医保视频监控系统，有效预防和震慑骗保行为，强化事前、事中、事后监管，实现基金监管的全方位、全流程、全环节大数据智能审核监控。

完善医疗保障信用管理制度。贯彻落实《福建省医疗保障领域信用管理暂行办法》等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。充分运用全省医保信用信息管理系统，做好全市定点医药机构的医保信用记录、信用评价和积分管理，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，建立医疗保障领域守信联合激励对象和失信联合惩戒对象名单制度，建立跨部门守信联合激励和失信联合惩戒机制。积极探索建立参保人员、医保医师和医保药师的信用管理制度，建立定点医药机构、药品耗材生产流通企业等信用承诺制度，鼓励行业协会落实自我管理，规范执业行为，促进行业自律。

健全综合监管制度。适应医疗保障管理服务特点，建立完善医保、卫健、市场监管、公安等部门相互配合、协同监管的综合监管机制，健全协同执法、线索移送、案件会商等工作制度。推进基金监管网格化管理。医保部门加强与公安、纪检监察等部门的沟通协调，建立畅通的行刑、行纪衔接机制，及时将相关案件线索移送司法、纪检监察等部门，持续巩固打击欺诈骗保高压态势。

完善社会监管制度。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。建立医保基金社会监督员制度，聘请人大代表、政协委员、群众和新闻媒体代表等担任社会监督员，对定点医药机构、经办机构、参保人员等进行广泛深入监督，每年至少举办 1 场医保基金监管座谈会，听取社会监督意见。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。医

保经办机构定期向社会公开基金收支和结余情况。建立和完善欺诈骗保举报奖励制度，切实保障举报人相关信息安全。建立基金监管曝光台，主动曝光重大典型案件。健全完善医保基金监管要情报告制度。

专栏 3：建设“精准医保”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。
- 飞行检查全覆盖。市、县两级医保部门，联合相关部门开展飞行检查，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，每年至少举办 1 场医保基金监管座谈会，听取社会监督意见。
- 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、县两级执法队伍建设，压实县级监管责任，推进基金监管网格化管理。横向上，医保部门加强与卫健、公安、市场监管等部门的协同配合，每年至少召开 1 次医保基金监管跨部门联席会议，发挥综合监管机制作用，构建监管合力。

第六节 积极发展商业医疗保险

推进商业保险机构参与医保经办业务。积极创新医保治理，按照管办分开、政事分开要求，引入竞争机制，支持商业保险机构参与医保经办业务，充分发挥商保机构的专业优势，激发经办活力，建立起政府主导、市场运作、创新模式、适度竞争、管理科学、便民惠民的医保服务新机制，提升医保服务能力。通过公开招标，以购买服务的方式，鼓励有资质的商业保险机构参与我市基本医保经办服务、基本医保意外伤害保险、基本医保大病保险和长期护理保险等工作，提升管理效率和服务质量。

鼓励商业健康保险产品创新。积极鼓励商业保险机构进行险种创新，精准对接我市基本医保政策，开发普惠性商业健康保险产品，增加疾病保险产品供给，与基本医保政策实现有效互补衔接，满足参保群众多层次、多样化和个性化医疗保障需求。医保部门为商业健康保险产品开发提供政策上的引导扶持。依托“互联网+”，全面提升商业健康保险参保险赔便利性。

第四章 健全医疗保障服务体系

第一节 完善医药价格形成机制

持续深化药品和医用耗材领域改革。完善以医保支付结算价格为基础的药品联合限价阳光采购办法，对接省级招标采购平台，发挥“药、价、保”联动优势，促进医疗机构合理采购和使用药品。常态化制度化跟进国家和省组织药品集中采购工作，推进集

采药品医保待遇政策、支付标准与集中采购价格相互协调，落实医保资金结余留用政策，推动集中带量采购成为公立医疗机构医药采购的主导模式，鼓励社会办医疗机构、定点零售药店参与集中带量采购。推进医用耗材采购改革，常态化跟进国家和省组织高值医用耗材集中采购工作，持续扩大国家、省组织高值医用耗材集中带量采购范围，扩大普通耗材市级集中带量采购品种范围，探索组建跨区域药品耗材采购联盟。全面推广医用耗材 UDI 码的运用，做好医疗器械唯一标识码与医保编码的对接工作，通过“一码联通”，规范医用耗材的采购和使用管理。巩固药械货款医保基金统一结算工作，优化结算流程。深化医用耗材联合采购和价格监测，建立药品、耗材临床经济评价机制，关注临床医生使用药品耗材的合理性和性价比。

推进药品和医用耗材领域治理。推进完善以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制，建立价格采购信息检测机制，充分利用全国交易价格信息，提升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。推进公立医疗机构按要求从省药械联合限价阳光采购平台采购药品和医用耗材。全面实施医药价格和招采信用评价制度，完善守信激励和失信惩戒制度，推动医药企业依法诚信经营，保障临床药械供应。灵活应用成本调查、函询约谈、信用评价、信息披露、价格指数等管理工具，精准施策，有效传导，促进医药价格合理回归，促进医药产业高质量发展。

提高药品耗材应急保障供应能力。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。依托全国统一的医疗保障信息平台，支持电子处方流转。建立疫情防控药品应急供应机制，要求药品配送企业按疫情高峰期 30 天使用量备好商业库存，指导配送企业建立重点药品耗材安全库存，并根据疫情发展进行管控。支持应急储备药品耗材采购轮换。

提升医疗服务项目价格管理水平。加强医疗服务价格宏观管理，平衡好医疗事业发展和各方承受能力，定期开展医疗服务价格调价评估，在价格调整总量范围内突出重点、有升有降调整医疗服务价格。逐步建立分类管理、医院参与、科学确定、动态调整的医疗服务价格机制，统筹平衡总量分配，重点支持薄弱学科、基层医疗机构和中医医疗服务发展，引导公立医疗机构加强成本管理和精算平衡，推动理顺比价关系。结合医疗服务特性加强分类管理，对普遍开展的通用项目，严格管理；对于技术难度大的复杂项目，在医疗服务价格调整上予以倾斜；加快新增医疗服务项目价格审核管理，对新增医疗服务项目，赋予医疗机构一定的自主定价权限，促进医疗技术创新发展和临床应用。

专栏 4：建设“创新医保”工程（二）

- 深化药品耗材集中采购改革。常态化跟进国家和省组织药品耗材集中采购工作，推进市级联合集中带量采购工作，完善程序、规则、政策。到 2025 年，实现药集中带量采购品种不少于 500 个，10 类高值医用

耗材实行集中带量采购；实现公立医疗机构在集中采购平台的药品、高值医用耗材采购率分别达到 95%以上、85%以上。

- 完善医疗服务价格形成机制。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、动态调整的价格机制。通过集中带量采购，降低药品耗材虚高价格，腾出调价空间，兼顾群众负担、医保基金承受力、公立医疗机构健康发展可持续，合理调整医疗服务价格，不断优化价格结构，推动医疗机构医疗服务收入占比进一步提升。

第二节 助力医疗服务体系改革

推进医疗卫生服务体系建设。促进医疗卫生资源合理配置，支持整合型医疗服务体系建设，促进优质高效的医疗服务体系建设。支持公立医院高质量发展，健全医保考核体系，持续推进院长年薪和绩效工资总额挂钩，进一步实施公立医院院长激励与约束机制，建立卫健、财政、审计、医保等部门联合监管机制，加强医疗服务行为规范、成本控制和行业自律。支持社会办医疗机构发展，扩大医疗资源有效供给。推动定点医疗机构加快补短板强弱项，促进儿科、康复、护理、心理等医疗卫生薄弱学科发展，支持基层医疗机构发展和分级诊疗体系建设。实施中医药振兴发展重大工程，落实中医药医保支付倾斜政策，推进中医医院牵头组建医疗联合体，完善符合中医药特点的医保支付政策，推进中

医优势病种支付方式改革。促进紧密型县域医共体建设，强化基层医疗机构在家庭医生签约服务工作中的主体责任，加强健康管理和用药保障，促进医防有机融合，加强慢病防治。推动做实家庭医生签约服务，强化家庭医生签约服务绩效考核，考核结果与签约服务医保经费拨付和使用挂钩。支持日间手术发展，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。

提高医药产品供应和安全保障能力。鼓励医疗机构优先使用通过仿制药质量和疗效一致性评价的药品，有序引入优质仿制药产品和更加多元化的集中采购参与主体，指导推动定点医疗机构调整优化药品耗材目录管理。医保部门会同有关部门健全短缺药品监测预警和分级应对体系，加强短缺药品供应保障工作会商联动，建立短缺药品信息收集、汇总分析、部门协调、分级应对、行业引导“五位一体”工作格局，统筹解决局部性药品短缺问题，满足临床合理用药需求并稳定价格。探索建立中标生产企业应急储备、库存和产能报告制度，保障集中采购药品耗材供应，确保集中采购药品耗材落地。支持药店连锁化、电商化发展，更好发挥医保药师的作用。

第三节 优化医疗保障管理服务

完善经办管理服务体系建设。提高医保经办管理服务的可及性，建立覆盖市、县、乡镇（街道）、村（社区）的医疗保障服

务网络，主动融入基层网格化管理服务大局，借助乡镇（街道）、村（社区）便民服务平台，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。通过政府购买服务的形式，支持鼓励商业保险机构等社会力量参与医保经办服务，实现优势互补。

加强经办管理服务能力建设。规范医保经办服务，实施统一的医保政务服务事项和办事指南，持续提升医保经办服务标准化、规范化、智能化水平。巩固医保“全城通办”服务成果，推进高频医保政务服务事项“跨省通办”。持续深化“放管服”改革，不断优化经办服务流程。加快推进经办管理服务平台与网上政务服务平台、医疗机构信息平台、电子票据平台等业务相关平台的衔接。完善医保业务线上办理体系，充分利用政府线上服务平台，实现更多医保服务事项“网上办”“掌上办”。合理配置便捷服务设施，做好传统服务方式与智能化服务创新并行。对接省级统一的医保公共服务平台，推进经办服务窗口标准化建设、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、医保公共服务热线建设。建立健全行风建设专项评价长效机制，全面实施“好差评”制度，实现医保经办政务服务事项全覆盖、评价对象全覆盖、服务渠道全覆盖。强化泉台医保（健保）交流，提高台胞医保服务中心综合服务能力。

完善医保协议管理。持续加强医保定点医药机构管理，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。健全医保基金总

额预算与医疗质量、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。建设“互联网+”定点医药机构评审平台，实现新增定点医药机构评估“网上办”。支持“互联网+”医药服务等新业态发展，积极将符合条件的各类医疗机构纳入医保定点。健全定点医药机构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，促进定点医药机构内部精细化管理。

建立健全异地就医实时结算服务机制。健全异地就医结算工作机制，建立跨区域医疗保障管理协同机制。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，提高异地就医直接结算率。完善异地就医结算管理和 服务，实现普通门诊费用跨省直接结算，探索高血压、糖尿病等门诊慢特病跨省直接结算。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，加大对重点医院的人工审核稽核力度。将联网结算管理纳入定点医药机构服务协议内容。

专栏 5：建设“温情医保”工程
● 完善医保经办服务体系。建立覆盖市、县、乡镇（街道）、村（社区）的医疗保障服务网络，推进医保服务下沉至乡镇（街道）和村（社区）。 ● 推进医保经办标准化建设。构建全市统一的医疗保障经办管理标准化体系，完善业务经办标准，推进标准化窗口建设，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。

- 提升网上政务服务能力。持续深化医保领域“最多跑一趟”改革，不断完善“泉州医疗保障”微信号公众号建设，对接“网上办事大厅”“闽政通”APP、“泉服务”小程序等公共服务平台，实现更多医保服务事项“网上办”“掌上办”。到2025年，线上可办率达到85%以上。
- 优化跨省异地就医实时结算服务。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。到2025年，住院费用跨省直接结算率达到70%以上。
- 推进医保政务服务事项“跨省通办”。按照国家和省统一部署，推进医保参保信息变更、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”。
- 健全政务服务“好差评”制度。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，推动医保政务服务质量和水平不断提升。到2025年，服务满意率达到90%以上。

第四节 积极应对人口老龄化

完善生育保险政策。积极贯彻应对人口老龄化战略要求，做好生育保险待遇保障。提高生育保险与职工基本医疗保险合并实施成效，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，继续做好城乡居民基本医疗保险参保人员生育

医疗费用待遇保障。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。

稳步建立长期护理保险制度。探索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框架。及时总结晋江、石狮等地长期护理保险工作经验，积极争取开展长期护理保险试点工作，制定长期护理保险基本保障项目目录，合理确定待遇保障范围和基金支付水平，努力打造“泉州模式”长期护理保险制度。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。

提升医疗保障适老服务水平。建立符合险种特点的经办服务体系，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，推进网上办事流程适老化改造，促进老年人更多享受智能化成果，更好融入智能社会。

深入推进医养结合发展。加大医保支持养老力度，支持医养结合养老机构按规定纳入协议管理范围，允许职工医保个人账户用于支付入住医保定点医养结合养老机构的床位费。开展老年人家庭病床医保服务，进一步提高家庭病床基本医保居家服务水平。推进医养结合机构医保定点分类管理工作，按照“医中有养”“养

中有医”和“延伸服务”进行管理，细化医养结合医保服务，进一步方便入住养老机构的参保人员就近看病刷卡结算。

推动体卫融合医保服务工作。建立部门协同、全社会共同参与的运动促进健康新模式。推进体卫融合医保服务向基层延伸，对社区医疗卫生机构设立科学健身门诊，加强对不同职业人群、不同年龄段人群运动促进健康、运动伤病预防、体质健康干预和指导等按规定纳入医保支付。推进体卫融合医保服务社区试点，探索体卫融合医保服务“泉州样板”。鼓励社会力量建设运营运动康复中心、运动康养基地等体卫康融合实体机构。

第五章 构筑坚实医疗保障支撑体系

第一节 强化法治保障

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。完善泉州市医疗保障专家库建设和管理，提高医疗保障决策和监督管理科学化水平。

规范行政执法。提高医保部门规范性文件制定和管理水平。落实权责清单、执法事项清单、服务清单，完善行政执法制度规定，规范执法文书样式、行政执法指引，以及行政执法自由裁量权。建立健全基金监管行政执法公示、执法全过程记录、重大执

法决定法制审查三项制度，做到执法全过程可回溯管理、重大执法决定法制审查全覆盖，统一协议处理和行政处罚的判定标准、裁量基准。完善“双随机、一公开”监管机制。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，持续组织医保基金监管集中宣传月活动，主动曝光典型案例，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，打造一支懂法、用法、守法的专业化队伍。通过运用国家、省、市医保信息监控平台，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，做到“人防、技防、专防、社防”相结合。

第二节 促进安全发展

加强基金管理。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，落实基金管理责任，全面开展基金运行评价。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。

加强数据管理。制定医疗保障数据安全管理规定，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，维护医疗保障信息平台运行安全。

加强内部管理。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。梳理医保业务环节风险点，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

上线应用全国统一医保信息平台。按照国家、省医疗保障部门统一部署，落实接口改造，平稳切换上线全国统一的医保信息平台，搭建稳定可靠、安全高效的医保专网，促进全市医疗保障资源的精准配置、待遇的精准核付、“三医”的紧密联动，实现医疗保障业务办理的标准化、监督管理的智能化、公共服务的便捷化、决策分析的精准化。

建设区域医疗保障服务平台。以医保专网和社会保障卡为介质，依托泉州市数字办政务云平台，搭建我市区域医疗保障信息服务平台。通过实时汇聚全市定点医疗机构参保人员医疗消费数据，实现定点医疗机构间可共享参保人员医疗数据提醒规范诊疗行为、参保人员可查询个人诊疗影像检验用药记录、医保部门可即时实施精准医疗保障服务。通过医疗保障大数据，建立区域疾病谱，实施健康管理干预措施，做好参保群众健康管理，引导群众合理选择就诊，为群众提供各类复诊、应检等提醒服务，为我市参保群众提供更加精准、高效的医疗保障服务。

推进医保电子凭证应用落地。积极拓宽医保电子凭证应用体验场景，积极引导参保人员激活和应用医保电子凭证，切实提高

医保电子凭证激活率和结算率，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。推进医保电子凭证与电子健康码、电子社保卡、金融支付码等“多码融合”应用。

完善“互联网+”医保服务管理。完善“互联网+诊疗服务”的医疗服务项目价格和收费规范。明确纳入医保支付的“互联网+”医疗服务范围、条件、收费和结算标准、支付方式。加强对“互联网+”医疗行为监管，形成比较完善的“互联网+”医保政策体系、服务体系和评价体系。探索依托全省统一的医疗保障信息平台，支持医保处方流转。探索依托“互联网+”平台，实现医院内部和医院之间医疗诊治、医疗费用等多维度数据之间的校验。

提升智慧医保信息化综合治理能力。建设医药与医用耗材结算监管系统，进一步规范药品与医用耗材购销行为，不断完善医保基金与医药企业直接结算机制。运用智能化手段，加强医保目录药品监测和评估，建立医保目录药品在各定点医疗机构配备、使用和监测机制，建立医保目录药品评价机制。探索应用人工智能、区块链、云计算等新技术，加强医保支付数据的采集、储存、使用管理，做好医保数据分级分类管理，加强部门数据协同共享。建设医疗保障数字大脑，通过大数据分析，为决策、管理和业务提供科学支撑，实现“决策有根据、管理有依据、业务有数据”，全面提升治理水平，提高资源的配置效率。

专栏 6：建设“数字医保”工程

- 上线全国统一医保信息平台。按照国家和省医疗保障局统一部署，遵循“统一、高效、兼容、便捷”的原则，推进公共服务、经办管理、智能监控、宏观决策等系统实施应用。
- 建设区域医疗保障服务平台。以社会保障卡为介质，实现实时医疗数据汇聚、历史诊疗资料共享、过度诊疗提醒等，实现医疗保障大数据运用。
- 建设医药与医用耗材结算监管系统。按照国家和省医疗保障局统一部署，建设地市监管平台并接入省级平台，实时掌握地市医疗机构药品和医用耗材进销存信息以及货款支付数据。
- 实施医保目录药品监测评估。运用智能化手段，监测医保目录药品配备、使用、挂网、医保支付和临床疗效等情况，评价药品安全性、有效性、可及性。

第四节 健全标准化体系

做好医保标准化基础工作。建立上下联动、部门合作、职责分明的医保标准化工作机制。推进部分医保标准与卫健、市场监管等部门的互建共治共享机制。强化医保标准实施与监督，形成制定标准、贯彻实施、监督评估和完善修订的良性循环，为两定机构提供明确的医保标准。

加强重点领域标准化工作。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，提升管理水平。

强化标准化管理工作。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 加强干部队伍建设

坚持政治引领。把政治标准和政治要求贯穿融入医保干部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。

加强队伍建设。根据参保人数和服务量等情况，加强经办服务人力资源配置。理顺医保经办机构人员身份问题，畅通晋升渠道，稳定经办机构人才队伍。优化队伍结构，注重引进紧缺急需的高素质专业化人才，搭建系统内双向挂职交流机制。

加强人员管理。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，建立体现医疗保障领域不同职业、不同岗位和不同层次人才特点的评价机制和办法。

加强人才培养。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

切实加强地方政府对医疗保障工作的组织领导，落实政府在制度、规划、筹资、服务和监管等方面的责任，把医疗保障制度改革和发展作为重要工作任务，制定切实可行的政策措施，健全工作机制，加强统筹协调，确保本规划目标如期实现。建立部门协同机制，加强医保、医疗、医药之间的统筹协调和衔接配套。根据职责分工，将规划各项目标任务分解落实到各有关部门。各有关部门要各司其职，密切配合，加强衔接，共同推进本规划实施。

第二节 加大投入力度

加快完善政府对医疗保障事业的投入政策，落实城乡居民基本医保、城乡医疗救助补助资金，落实经费保障。按照事权与支出责任相适应的原则，科学合理界定市、县政府医保投入责任，建立公平、合理、可持续的负担机制，支持完成各项医保工作任务。

第三节 加强监督评价

加强对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政府目标责任制考评体系，切实抓好本规划的落实。健全本规划实施情况中期评价和终期考核制度，对于规划实施进度和效果，定期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

主动做好规划解读和宣传，及时回应社会关切，合理引导预期。要运用多种媒介，采取多种方式，大力宣传医疗保障政策及实施效果，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，大力营造医保、医药、医疗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。

