

喀什地区医疗保障“十四五”规划

医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。根据《新疆维吾尔自治区医疗保障“十四五”规划》（新政办发〔2021〕110号）《喀什地区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》（喀党办发〔2021〕29号），编制本规划。本规划是“十四五”时期指导全地区医疗保障改革发展的行动指南。

第一章 发展基础与发展环境

第一节 发展基础

制度体系不断健全。制定和实施《关于印发〈喀什地区医疗保障局贯彻落实自治区党委自治区人民政府关于深化自治区医疗保障制度改革的实施意见任务分工方案〉的通知》（喀地医保发〔2021〕6号）。建成统一的城乡居民基本医疗保险制度、城乡居民和城镇职工大病保险制度，实施全民人身意外伤害保险政策。建立健全城乡居民“两病”门诊用药保障机制。贫困人口全部纳入基本医疗保险、大病保险、医疗救助等制度保障范围。完善生育保险政策，提高参保女职工生育保险津贴享受天数。

重点改革纵深推进。深化药品和医用耗材改革，落实国家、自治区组织药品和医用耗材集中采购中选结果。持续扩大居民意外伤害险、城镇职工大病保险覆盖面，2020年末，全地区城镇职工参保39.32万人，城乡居民参保409.33万人，基本实现了法定人群全覆盖。

疫情应对措施有力。贯彻落实国家、自治区、地区关于统筹疫情防控和经济社会发展的决策部署，按照地委工作安排，压紧压实工作责任。落实自治区出台的相关待遇和支付政策，将确诊和疑似患者发生的医疗费用纳入医保支付范围，确保患者不因费用问题影响就医、收治医疗机构不因支付政策影响救治。及时开展减征缓缴政策，全地区累计减征职工医疗保险费3.53亿元，缓缴227.67万元，支持了企业复工复产和

稳定就业，有力对冲了疫情对经济社会发展的影响，为统筹推进疫情防控和经济社会发展贡献医保力量。

发展基础进一步夯实。启动以“智慧医保”为核心的信息化工程建设，支持发展“互联网+”医疗健康、“互联网+”医保支付等新模式，推动医保数字技术应用和制度创新。全面实施医疗保障政务服务事项清单制度，全力推进综合柜员制，稳步推进“互联网+政务服务”和政务服务事项“一网通办”。规范医保基金使用，强化预算编制和运行分析，开展基金使用专项整治工作。充分利用自治区医疗服务智能监控系统规则，提升医保基金监管效能。强化医保业务和专业能力培训。

群众就医负担有效减轻。城乡居民医保年人均财政补助由2016年的420元提高到2020年的580元，城乡居民基本医疗保险政策范围内统筹基金报销比例达到68.1%，城乡居民基本医疗保险与大病保险政策范围内报销之和比例达到78.3%。将国家谈判的221种抗肿瘤、特殊疾病、罕见病治疗用药纳入医保目录，城乡居民重特大疾病保障水平得到提高。全地区符合条件的医疗机构全部纳入国家跨省异地就医管理系统。2020年末，全地区基本医疗保险参保人数达到448.65万人，较“十二五”末增长13%。药品医用耗材集中带量采购制度改革红利充分释放，落实国家组织药品集采三批次112个品种中选结果，一年减少医疗费用支出近1亿元；高值医用耗材冠脉支架均价由1.3万元降至700元，一年减少医疗费用支出近0.4亿元。

“十三五”时期全地区医疗保障事业取得显著成绩，为“十四五”推动医疗保障事业高质量发展奠定了坚实基础。同时，喀什地区医疗保障事业还存在一些问题和短板。主要表现在：全地区医疗保障发展存在不平衡不充分的问题，各群体在筹资、待遇等方面存在差距。城乡居民基本医疗保险基金、城镇职工基本医疗保险基金结余在险种之间分布不均衡。医疗保障相关法律体系还不健全，医保基金监管体制机制还需不断完善。医疗保障部门专业人员不足，基层经办管理服务力量还比较薄弱，医保管理服务能力无法完全满足群众日益增长的医疗保障需求。

第二节 发展环境

“十四五”时期是在全面建成小康社会基础上，乘势而上开启推进社会主义现代化建设的重要时期，也是全面推动新时代符合喀什特色医疗保障事业高质量发展的重要战略机遇期。

从国际看，当今世界正经历百年未有之大变局，不稳定性不确定性因素明显增多，新冠肺炎疫情影响广泛深远，世界经济低迷局面短期内难以扭转。同时，全球医疗科技领域创新突破加速推进，以治病为中心向以健康为中心转变，注重面向全人群、全生命周期的医疗服务模式。互联网医疗、远程移动医疗、智慧医疗等新型医疗服务模式呈现蓬勃发展趋势。

从国内看，我国进入高质量发展阶段后，经济长期向好的基本面没有改变，以国内大循环为主体、国内国际双循环相互促进的新发展格局释放新需求，促进全体人民共同富裕被摆在更加重要的位置。党中央对深化医疗保障制度改革作出了系统性、战略性安排，为医保改革发展提供了坚强政治保证，为开启新时代医疗保障事业发展指明了方向。

从疆内看，第三次中央新疆工作座谈会提出“紧贴民生推动高质量发展”，为新疆经济社会发展指明了方向。党中央在统筹推进全国改革发展的进程中，把新疆作为我国西北的战略屏障、丝绸之路经济带核心区、西部大开发重点地区、向西开放桥头堡，为做好新时代新疆工作提供了有力支撑。自治区党委和政府深入贯彻落实党中央、国务院关于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决策部署，结合新疆实际，进一步做出了安排部署。

从地区内看，喀什地委、行政公署高度重视保障和改善民生，将医疗保障事业摆在经济社会发展更加突出的位置，医疗保障职能配置和机构设置逐渐健全，医疗保障重点领域改革持续推进，医保基金监管体制不断完善，医疗保障制度更加成熟定型，为医疗保障事业高质量发展提供了坚强保障。

“十四五”时期，喀什地区深入实施包括全民健康和社保扩面在内的“十项惠民工程”，医疗保障事业发展的宏观环境持续向好。但与此同时，错综复杂的国际环境带来新矛盾、新挑战，经济发展不确定因素增多，财政对民生保障领域投入压力增大。随着人民生活水平的提高，对高质量医疗保障服务有更高的期待。人口老龄化加速，新冠肺炎疫情全球蔓延增加了疾病谱的复杂性、不确定性，全社会的医疗和照护成本将随之上升。以慢性病发病率上升、呈现年轻化趋势为特征的疾病谱变化，医疗技术进步导致的医疗费用变化，都对医疗保障事业发展提出新要求。

第二章 绘就“十四五”发展新蓝图

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，深入贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，贯彻落实中央民族工作会议和第三次中央新疆工作座谈会精神，贯彻落实自治区第十次党代会和自治区党委十届二次全会精神，完整准确贯彻新时代党的治疆方略，牢牢扭住社会稳定和长治久安总目标，坚持以人民为中心的发展思想，立足新发展阶段，贯彻新发展理念，构建新发展格局，以推动医疗保障高质量发展、更好解决人民群众医疗后顾之忧为根本目标，围绕“公平医保、精准医保、安全医保、智慧医保、法治医保”建设主线，以改革创新为动力，发挥医保基金战略性购买作用，加快建成覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的具有喀什特色的多层次医疗保障体系，推进医疗保障治理体系和治理能力现代化，努力为人民群众提供全方位、全周期、更可靠、更充分、更有价值的医疗保障，不断提升人民群众的获得感、幸福感、安全感，为建设新时代中国特色社会主义新疆提供有力保障。

第二节 主要原则

坚持党的全面领导。始终坚持党对医疗保障工作的全面领导，完善中国特色医疗保障制度，坚持制度的统一性和规范性，增强制度刚性约束，完整、准确、全面贯彻新发展理念，为医疗保障制度更加成熟、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地位，把维护人民生命安全和身体健康放在首位，实现好、维护好、发展好最广大人民群众的健康权益。

坚持公平统一、保障基本。依法推进基本医疗保障覆盖全民，坚持普惠公平、互助共济、权责一致，持续推动政策规范统一，提高基本医疗保障的公平性，增强对困难群众基础性、兜底性保障，有效化解重特大疾病风险。

坚持尽力而为、量力而行。科学确定筹资水平，均衡各方缴费责任，实事求是确定保障范围和标准，纠正过度保障和保障不足问题，加强统筹共济，坚决守住不发生系统性风险底线，确保制度可持续、基金可支撑。

坚持改革创新、提质增效。坚持系统思维，强化政策集成，增强医保、医疗、医药联动改革的整体性、系统性、协同性，统筹推进存量调整和增量优化，促进供给侧改革和需求侧管理动态平衡，提高基金使用效能。

坚持协同发力、共享共治。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，实施更有效率的医保支付，完善医保公共服务方式方法，提升医保治理社会化、法治化、标准化、智能化水平。

第三节 发展目标

医保制度规范统一。基本医保制度更加公平规范，各方责任更加均衡，多层次医疗保障制度供给更加充分，各类医疗保障有效衔接、互为补充。稳健可持续的筹资运行机制全面建立，参保结构持续优化。“十四五”期间，基本医疗保险参保率每年保持在95%以上。

医保待遇公平适度。基本医保待遇政策规范统一，基本医疗保险实现全覆盖。各方权利义务责任对等均衡，待遇保障机制公平适度，保障范围和标准与经济发展水平更加适应，有效助力人民群众共享改革发展成果。医保管理精细高效。药品医用耗材集中带量采购和使用改革持续深化，医保支付方式改革加快推进，医药机构定点协议管

理严格规范，医保支付机制管用高效，基金管理机制建立健全，基金使用效率明显提升，群众医药负担进一步减轻，医保基金战略购买作用有效发挥。

医保基金安全可靠。党委领导、政府负责、社会监督、行业自律、个人守信相结合的全方位监管格局全面建立，医保托底保障功能更加夯实，监管制度体系健全完备，基金运行更加安全稳健，医疗保障安全网更加密实，基金安全得到强力保障。

医保服务优质便捷。医保公共服务网络实现地、县（市）、乡镇（街道）、行政村（社区）全覆盖，医保公共服务水平显著提升，医疗保障政务服务事项线上可办率达到 80%，医疗保障政务服务事项窗口可办率达到 100%。

法治保障不断完善。医保制度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，依法行政和执法监督取得明显成效，个人依法参保缴费，全社会医保法治观念明显增强。

智慧医保全面构建。医疗保障信息化水平显著提升，统一的医疗保障信息平台建成使用，“互联网+医疗保障”医保服务不断完善，医保大数据和智能监管全面应用，医保电子凭证普遍推广，就医结算更加便捷，数据安全有效保障，医保治理现代化支撑能力显著提升。

	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(%)	75左右	90	喀什地区医疗保障局、卫生健康委员会、政务服务和公共资源管理局	预期性
	公立医疗机构通过省级集中采购平台采购高位医用耗材金额占全部高位医用耗材金额的比例(%)		80	喀什地区医疗保障局、卫生健康委员会、政务服务和公共资源管理局	预期性
	药品集中采购量采购品种(个)	112	>550	喀什地区医疗保障局、政务服务和公共资源管理局	预期性
	高位医用耗材集中采购量采购品种(类)	1	>8	喀什地区医疗保障局、政务服务和公共资源管理局	预期性
优质服务	住院费用跨省直接结算率(%)		>70	喀什地区医疗保障局	预期性
	医疗保障政务服务事项线上可办率(%)		80	喀什地区医疗保障局	预期性
	医疗保障政务服务事项窗口可办率(%)		100	喀什地区医疗保障局	约束性

第三章 健全多层次医保制度体系 建设公平医保

坚持公平适度、稳健运行，持续完善基本医疗保障制度，鼓励商业健康保险、慈善捐赠等协调发展。

第一节 提升全民医保参保质量

巩固全民参保成果。按照应参尽参、依法参保的要求，推动职工、居民等各类人群规范参保。推动职工基本医疗保险覆盖用人单位及职工，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。鼓励和引导新业态从业人员、灵活就业人员参加职工基本医疗保险。灵活就业人员可根据自身实际选择以合适方式参加基本医疗保险。完善灵活就业人员参保缴费方式，放开对灵活就业人员参保的户籍限制。落实困难群众分类资助参保政策。

优化提升参保结构。深入实施全民参保计划和“社保扩面”惠民工程，科学合理确定年度参保扩面目标，逐步实现职工基本医疗保险以劳动就业人口为参保扩面对象。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数据共享机制，加强数据对比，以困难群体、大中专学生（含全日制研究生）、新生儿、退役军人等为重点，依托自治区医疗保障局搭建的覆盖全民的参保数据库，实现参保信息实时动态查询。实行参保实名制台账管理，积极推动职工和城乡居民在常住地、就业地参保，实现精准扩面，避免重复参保，巩固提高参保覆盖率。

优化参保缴费服务。深化医疗保险费征缴体制改革，拓展多样化的参保缴费渠道，提高征缴效率。优化城乡居民参保缴费服务，压实县（市）、乡镇（街道）、行政村（社区）参保征缴责任。加强医保、税务、银行三方“线上+线下”合作，拓宽参保缴费便民渠道。探索五项社会保险单位参保登记互认与信息推送共享，实现部门间数据信息互联互通、共享应用。健全流动就业人员跨统筹地区、跨制度参加基本医保关系转移接续和待遇衔接机制。

第二节 完善公平适度的待遇保障机制

促进基本医疗保险公平统一。坚持基本医保保基本的定位，落实基本医疗保险待遇清单制度，逐步实现政策纵向统一、待遇横向均衡。职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险分类保障，基金分别建账、分账核算。按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的标准，全面做实医疗保险地级统筹。按照分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核的思路，为自治区推进基本医疗保险省级统筹打下坚实的基础。2021年自治区建立医疗保障待遇清单，喀什地区贯彻落实医疗保障待遇清单制度三年行动，按照“确定基本保障内涵，厘清待遇支付边界，明确政策调整权限，规范决策制定流程”的总要求，规范医保政策决策权限，2023年底前基本实现喀什地区医疗保障制度设置、政策标准、基金支付范围与自治区保持规范统一，并与自治区医疗保障待遇清单要求相一致，促进医疗保障制度法定化、决策科学化、管理规范化和运行可持续，纠正过度保障和保障不足的问题。统一基本医疗保险目录，规范医保支付政策。

合理确定待遇保障水平。根据经济社会发展水平和基金承受能力，实行职工和城乡居民分类保障，待遇与缴费挂钩，巩固稳定基本医疗保险住院保障水平，稳步提高门诊待遇保障水平，统筹门诊待遇和住院待遇政策衔接。健全基本医疗保险待遇调整机制。对不同级别医疗机构实行医保差异化的支付政策，适当提高基层医疗机构医保支付比例。健全完善职工基本医疗保险门诊共济保障机制，改革职工基本医疗保险个人账户。完善城乡居民基本医疗保险门诊保障政策，逐步提高保障水平。继续开展城乡居民高血压、糖尿病“两病”门诊用药保障和健康管理专项行动和示范城市建设，深化城乡居民“两病”门诊用药保障机制，逐步稳妥提高“两病”门诊用药保障水平，推进“两病”早诊早治、医防融合。

规范发展补充医疗保险。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，提高保障能力和精准度。规范职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助、企业补充医疗保险等制度。

完善统一规范的医疗救助制度。建立救助对象及时精准识别机制和实时共享机制，实施分层分类救助。规范医疗救助费用范围，合理确定救助标准。建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制，协同实施大病专项救治。积极引导慈善等社会力量参与救助保障，强化互联网个人大病救助平台监督，促进医疗救助与其他社会救助制度的衔接，筑牢民生托底保障防线。完善疾病应急救助管理运行机制，确保需急救的急重危伤病患者不因费用问题影响及时救助。

巩固拓展医保脱贫攻坚成果与乡村振兴战略有效衔接。坚持共同富裕，共享发展成果，构建医疗保障防贫减贫机制，逐步实现由集中资源支持脱贫攻坚向基本医保、大病保险、医疗救助三重制度常态化保障平稳过渡。分类优化医疗保障综合帮扶政策，坚决治理过度保障。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，提升农村医疗保障和健康管理水平。

完善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，确保医疗机构先救治、后收费，医保基金先预付、后结算。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。落实特殊群体、特定疾病医药费豁免制度，按照国家、自治区医疗保障局规定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。坚持预防是最经济有效的健康策略，统筹医疗保障基金和公共卫生服务资金使用，对基层医疗机构实施差别化支付政策，实现公共卫生服务和医疗服务有效衔接。

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，落实三孩生育政策及配套支持措施，完善生育保险、生育医疗费用支付及生育津贴制度。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，规范生育医疗费用支付管理，推进住院分娩按病种支付、产前检查按人头支付的生育医疗费用支付方式改革，控制生育医疗费用不合理增长，降低生育成本，巩固生育保险与职工基本医疗保险合并实施

成效。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，稳步提高居民医保参保人员住院分娩医疗费用报销水平。

专栏 2 优化基本医疗保险待遇保障机制重点工程

1. 社保扩面工程。建立健全与公安、民政、人社、卫生健康、市场监管、税务、教育、司法、乡村振兴、残联等部门的数据共享交换机制，充分利用自治区医保局搭建的全民参保库实行参保实名制台账管理。加强人员信息比对和共享，核实断保、停保人员情况，精准锁定未参保人群，形成实名制参保和未参保数据库。实行参保扩面计划管理。根据本地区常住人口、户籍人口、就业人口、城镇化率等指标，科学合理确定年度参保扩面目标，制定年度参保计划。

2. 城乡居民“两病”门诊用药保障专项行动。推进“两病”用药保障人群全覆盖。卫生健康部门规范化管理的高血压、糖尿病人群纳入医保信息系统，动态更新人员信息。简化认定备案程序。推进“两病”患者健康管理全覆盖。加大“两病”患者健康教育和健康管理力度，提高群众防治高血压、糖尿病等慢性病健康意识。完善“两病”用药待遇保障政策。科学确定待遇保障水平。做好政策衔接。深化“两病”门诊用药保障专项行动示范活动。

3. 贯彻落实待遇清单制度三年行动。2021 年底前，清理医疗保障待遇清单外政策。2022 年底前，实现与自治区医保制度框架统一。2023 年底前，全面贯彻实施医疗保障待遇清单制度，基本实现决策权限清晰合规、制度体系统一规范、保障标准合理均衡。

4. 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。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 完善基本医疗保障筹资机制

着眼医疗保障事业高质量发展、基金中长期平衡，建立健全与喀什地区区情相适应、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。建立健全责任均衡的多元筹资机制。均衡个人、用人单位和政府三方筹资责任。落实自治区职工基本医疗保险基准费率制度，合理确定费率，研究规范缴费基数。调整职工基本医疗保险统筹基金和个人账户结构，提高统筹基金在基本医疗保险基金中的比重。完善城乡居民基本医疗保险筹资政策，探索建立缴费与经济社会发展水平、居民人均可支配收入挂钩的机制，加大财政投入，优化个人缴费和政府补助结构。降低医保赤字风险。积极探索适应人口老龄化的多渠道筹资机制，探索完善与之相适应的城镇职工、城乡居民基本医疗保险筹资机制。拓宽医疗救助筹资渠道，鼓励社会捐赠、彩票公益金等多渠道筹资。加强财政对医疗救助的投入。

第四节 大力发展商业健康保险

鼓励产品创新。鼓励商业保险机构提供医疗、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。鼓励商业保险机构将医疗新技术、新药品、新器械应用纳入商业健康保险保障范围。开展老年人慢性病健康管理，鼓励商业保险将老年人常见慢性非传染性疾病的健康管理纳入保障范围，加强早期预防、干预，降低发病率，减少医疗费用。

完善支持政策。支持商业保险机构开发面向全体基本医保参保群体、与基本医保保障政策相衔接的商业健康保险产品，更好覆盖基本医保不予支付的费用。鼓励商业保险机构与医院以及其他医疗经办机构交流合作，推动多层次医疗保险体系建设取得新进展。按规定探索推进医疗保障信息平台与商业健康保险信息平台信息共享。

加强监督管理。规范商业保险机构承办大病保险业务，建立并完善参与基本医疗保险经办的商业保险机构绩效评价机制。建立健康保险数据管理制度，明确使用权限和流程规范。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医疗保险费用一并纳入监控范围。

第五节 稳步实施长期护理保险

按照以人为本、独立运行、保障基本、责任共担、机制创新、统筹协调的原则，从职工基本医疗保险参保人群起步，以满足重度失能人员基本护理保障需求为重点，按自治区医疗保障局统一安排，稳妥开展长期护理保险制度试点。积极探索建立以单位和个人缴费为主，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；研究制定失能等级评价、护理需求评价办法，鼓励使用居家和社区护理服务，根据不同护理等级、服务提供方式等实行差别化的待遇保障政策。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衔接。

第四章 完善医药价格形成机制提供精准医药服务

健全以市场为主导的药品和医用耗材价格形成机制，更好发挥政府作用，推进医保、医疗、医药联动改革系统集成，加强政策和管理协同，不断提高价格治理能力。

第一节 深化集中采购制度改革

依托自治区医药招标采购政策体系，规范采购行为，优化采购流程，完善集中带量、价格联动、备案采购等采购方式，探索形成自治区、地区、医疗机构集中采购联动互补和部门间协同推进工作新格局，推动药品、医用耗材集中采购工作常态化制度化开展。配合自治区医疗保障局加快医保招标采购子系统建设，加快应用以医保支付为基础，全疆统一开放的集招标、采购、交易、结算、监督一体化的自治区集中采购平台，确保平台交易、分类采购、动态调整、应采尽采。根据自治区统一安排，落实医保基金与医药企业直接结算，完善医保支付标准和集中采购价格协同机制。完善与集中采购相配套的激励约束机制，落实集中带量采购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。

第二节 深化医疗服务价格改革

加强医疗服务价格宏观管理，坚持“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则，落实自治区价格动态调整机制，持续优化医疗服务价格结构。规范医疗服务价格项目管理，按照自治区定调价规则，建立目标导向的价格项目管理机制，使医疗服务价格项目更好计价、更好执行、更好评价。落实自治区医疗服务价格项目准入和退出机制，执行新增医疗服务价格项目管理制度，促进医疗新技术发展和临床应用。同步加强考核激励、综合配套，不断提高医疗服务价格机制化、标准化、常态化水平。

第三节 提升医药价格监测水平

落实自治区药品、医用耗材价格治理机制，规范药品、医用耗材的采购价格信息监测制度，积极参与自治区的全国交易价格信息共享机制，提升药品和医用耗材价格异常变动的分析预警应对能力。实施医药价格监测工程，充实监测力量，增加监测哨点，强化常态化监管，治理药品、高值医用耗材价格虚高。完善公立医疗机构价格监测，根据自治区的医疗服务价格指数，探索建立灵敏有度的动态调整机制，及时受理医疗机构调整或新增医疗服务价格项目，经初审后报自治区医疗保障局审核，发挥价格合理补偿功能，稳定调价预期。健全短缺药品地、县（市）监测预警和分级应对体系，提升处置应对能力。全面实施医药价格和招采信用评价制度，灵活运用成本调查、函询约谈、信息披露、挂网规则等管理工具，精准施策，有效传导，兼顾企业合理利润，提高医疗服务价格治理规范化、智能化水平。

专栏 3 医药价格监测重点工程

1.完善监测体系。强化监测制度保障。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。

2.扩大监测范围和内容。实现以公立医院监测为主，逐步向社会办医疗机构、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。

3.加强医药价格监测能力建设。充实监测力量，增加监测哨点，提升价格监测能力。

第四节 提升医药产品保障能力

鼓励药品创新发展，加快新药好药上市，促进群众急需的新药和医疗器械使用。探索多元化扩大集中采购参与主体范围。健全短缺药品监测预警和分级应对体系，做好短缺药品保供稳价。促进谈判药品落地。支持药店连锁化、数字化发展，更好地发挥药店的独特优势和药师的作用。

第五章 改善医保支付机制建设精准医疗服务供给侧

健全医保目录动态调整机制，完善医保、医疗、医药谈判机制，规范定点医药机构管理，推进医保支付方式改革，激发医药服务供给侧活力。

第一节 加强医保目录和医用耗材管理

落实落细医保目录调整机制。严格执行《国家药品目录》，将符合条件的民族药、中药饮片、治疗性医院制剂按程序报送自治区医疗保障局审核后纳入医保支付范围。执行自治区医疗服务价格项目和医保诊疗项目目录。落实自治区医保药品支付标准，从谈判药品、集中带量采购药品和“两病”患者用药支付标准切入，逐步推动医保药品目录管理和支付标准相衔接，让更多患者用得起好药、用得上新药。

加强医保医用耗材管理。落实落细国家、自治区医保医用耗材管理相关政策，完善医用耗材供应保障机制，执行自治区医保医用耗材目录和医用耗材医保支付标准，引导规范医疗服务行为，促进医用耗材合理使用。加强医用耗材交易价格的监测。

第二节 完善多元复合支付方式

完善医保基金总额预算办法，合理确定、动态调整医保基金总额预算指标，推进喀什地区医疗保障基金区域点数法总额预算。全面推行按病种付费为主的适应不同病种、

不同服务特点的多元复合式医保支付方式。推动按病种分值（DIP）付费工作，形成本地化的DIP病种库，完善分值测算，提高付费精准度。完善紧密型医疗联合体医保支付政策，探索对紧密型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。推进门诊按人头与家庭医生签约服务相结合的门诊付费制度改革，门诊慢性病按人头付费，完善相关技术规范，规范门诊付费基本单元，形成以服务能力、服务项目、服务量为基础的多元复合支付方式。探索符合中医药特点的医保支付方式，鼓励实行中西药同病同效同价，引导基层医疗机构提供适宜的中医药服务。进一步调整优化医疗服务价格，做好医保支付与医疗控费等相互衔接。适应医疗服务模式发展创新，完善医保基金支付方式和结算管理机制。完善不同支付方式经办规程。探索推进医疗服务与药品分支付。

第三节 强化医保定点管理

推动医疗机构、零售药店医疗保障定点管理办法有效实施。优化定点管理流程，扩大定点覆盖面，将更多符合条件的基层医疗机构纳入医保定点。建立健全跨区域就医协议管理机制。落实定点医药机构绩效考核细则，推动定点管理与医疗质量协议履行挂钩，完善定点医药机构退出机制。

第四节 提升医药服务的可及性

发挥医保基金的战略购买作用，促进医疗资源合理配置。推动定点医药机构行业行为规范、成本控制和行业自律，完善适应医保支付的医疗机构医保管理制度。对开展疑难杂症和急危重症救治、引进新技术和新项目的医保政策予以倾斜。支持“互联网+医疗”等新模式发展。加强医疗机构医保药品、医保医用耗材配备和使用，保障群众基本医疗需求。落实自治区医保支付标准和药品招标采购机制，支持优质仿制药研发和使用，促进仿制药替代。

第五节 健全医保支付协调共治机制

建立健全协商谈判机制。坚持“以收定支、收支平衡、略有节余”的总额预算编制机制，统筹考虑住院与门诊、药品（耗材）与医疗服务、区内就医与转外就医等情况，完善分项分类预算管理办法，健全预算和结算管理机制。

强化协商共治机制。建立医疗保障经办机构与医疗机构之间协商谈判机制，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、药师协会等参加的协商谈判程序，推动政策制定更加精准高效。

专栏 4 医保支付协调共治机制重点项目

1. 医保总额预算管理（Globalbudget）：结合医疗保险基金收支预算管理，合理确定总额控制目标，并根据分级医疗服务体系功能划分及基层医疗卫生机构与医院双向转诊要求，将总额控制目标细化分解到各级各类定点医疗机构的管理办法。探索将点数法与总额预算管理等相结合，逐步使用区域（或一定范围内）医保基金总额预算控制代替具体医疗机构总额控制。

2. 按病种付费：以病种为计费单位，在疾病分级基础上制定病种付费标准，常用于急性住院付费，包括单病种付费。按病种分值付费（DIP）是医保部门基于总额控制，对不同病种赋子不同分值，以患者出院累计分值与定点医疗机构进行费用结算的一种付费方式。

3. 按床日付费（Per diem）：对于精神病、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，可采取按床日付费的方式。

4. 按人头付费（Pay for Capitation）：依托基层医疗卫生机构推行门诊统筹按人头付费，促进基层医疗卫生机构提供优质医疗服务。探索从糖尿病、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入手开展试点。

5. 按项目付费（Fee for services）：对不宜打包付费的复杂病例和门诊费用，可按项目付费。

第六章 构建医疗保障服务支撑体系 提供优质高效经办服务

健全医疗保障经办管理和公共服务体系，统筹优化线上线下公共服务，推进医保治理创新，为参保群众和单位提供更加便捷、优质、高效、精细的服务。

第一节 健全经办管理体系

建立健全统一规范的医疗保障经办管理体系，提供标准化、规范化的医疗保障经办服务。建立覆盖地、县（市）、乡镇（街道）、行政村（社区）的医疗保障服务网络。依托乡镇（街道）便民服务中心、行政村（社区）便民服务站，加强医疗保障经办力量。大力推进服务下沉，通过政府购买服务等方式，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的可及性。完善管理服务机制，按照自治区医疗保障局统一安排，引入社会力量参与长期护理保险经办服务。鼓励商业保险健康发展、丰富产品品种。

第二节 增强医保服务能力

增强经办服务能力。加快政务服务标准化、规范化建设，实施统一的医保政务服务事项清单和服务流程，统一经办规程和服务标准。强化医保经办机构内控机制建设，落实协议管理、费用监控、稽查审核责任。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。

提升公共服务质量。持续推进医保系统行风建设。坚持传统服务方式与新型服务方式“两条腿”走路。发挥传统服务方式兜底作用，提高新型服务适用性。推进政务服务事项网上办理，健全多种形式的医疗保障公共管理服务。建立健全政务服务“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体系和评价结果应用管理办法。

完善异地就医直接结算服务。优化跨省异地就医直接结算管理服务，依托国家医保服务平台、新疆医保服务平台提供全国统一的线上备案服务，全面推进门诊费用跨省直接结算。推进“两病”、门诊慢特病费用跨省直接结算。

完善“互联网+”医保服务管理。推动构建“互联网+”医保服务定点协议管理，落实“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策，根据服务特点完善协议管理、结算流程。

第三节 健全完善医保协议管理

优化定点医药机构专业评估、协商谈判程序，参考自治区医疗保障服务协议，制定并定期修订本地区医疗保障服务协议范本，加强事中事后监管。推动定点医药机构绩效考核结果与应用挂钩。

第四节 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，按照自治区统一部署，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政务服务平台衔接。鼓励商业保险机构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，发挥其联结医保服务与医院管理的纽带作用，加强定点医疗机构医保精细化管理，提升医疗卫生服务与医疗保障服务的关联度和协调性。

专栏 5 医保经办治理机制创新重点工程

- 1.县（市）级以上医保经办标准化窗口全覆盖。
- 2.地、县（市）医保经办服务示范窗口建设。重点向县（市）倾斜。
- 3.医疗保障基层服务示范点建设。面向乡镇（街道）、行政村（社区）两级，结合人口分布、人口流动、经济发展水平，按照评定标准进行建设，推动医保经办服务下沉。
- 4.医疗保障定点医疗机构示范点建设。推动精细化管理，提升参保人就诊体验。
- 5.智慧医保管理服务建设。提升经办管理服务数字化、智能化水平。
- 6.健全政务服务“好差评”制度。依托自治区政务服务平台，建立差评和投诉问题调查核实、督促整改和反馈机制。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。

7.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。

8.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管理中的运用。鼓励发展诊间结算、床边结算、线上结算。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

9.提升适老服务水平。

第七章 健全基金管理和基金使用监管建设法治医保

加强基金收支平衡管理，深化基金监管制度体系改革，加强基金运行管理和风险预警，构建全领域、全流程的基金安全防控机制，坚决守住不发生系统性风险底线。

第一节 健全完善法制建设

落实《新疆维吾尔自治区医疗保障行政处罚行政裁量基准》，规范全地区医疗保障系统医疗保障行政处罚裁量权，强化权力监督制约，促进严格规范文明执法。落实《新疆维吾尔自治区医疗保障行政处罚程序暂行规定》，进一步规范全地区各级医疗保障部门行政处罚行为。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。推行权力清单和责任清单制度，落实规范性文件合法性审核制度。严格规范公正文明执法，改进执法方式，加强执法监督，全面推行行政执法公示制度、执法全过程记录制度、重大执法决定的法制审核制度。完善行政诉讼案件处理工作机制。持续推进简政放权、放管结合，优化服务，健全依法决策机制。深入实施医保法律顾问制度。

第二节 确保基金收支平衡

逐步提高基金统筹层次。按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的标准，积极配合自治区推进省级统筹。稳步提高大病保险统筹层次。建立健全与医疗保障统

筹层次相适应的管理体系，探索推进地市级以下医疗保障部门垂直管理。推进服务下沉，强化属地监管责任，加强统筹层次提高后的有序就医管理。

加强基金预算管理。坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则，统筹喀什地区人口结构、发病率、医疗费用等因素，科学编制医疗保障基金收支预算。健全基金预算管理机制、运行风险评估和预警机制，全面实施基金预算绩效管理。完善基金预算编制和管理办法，提升基金预算编制质量，实施基金预算执行分析报告制度，增强基金预算执行约束力，提高基金使用效率。加强医疗救助资金预算管理，确保资金的可持续性和稳定性。强化基金运行管理，建立科学的基金运行机制，合理配置地、县（市）的职责权限，实现医保基金安全可持续运行。完善基本医疗保险和医疗救助转移支付直达机制。

加强基金收支平衡管理。加强对医疗费用增长、群众负担水平变化监测评价，健全基金运行风险评估、预警机制。加强基金精算管理，构建收支平衡机制，定期分析基金收支运行情况。健全基金运行风险评估预警机制，发现支出异常增加及时剖析原因，迅速采取应对措施，促进基金中长期可持续。加强与税务部门的配合，畅通合作运转机制，确保医保费应收尽收、足额征缴到位。科学合理测算确定打包总额。明确医保基金结算程序和付款时限，及时向定点医疗机构支付医疗费用。

第三节 加强基金使用管理

构建多元共治监管机制。充分发挥政府在基金监管中的主导作用，依法监督管理纳入医保支付范围内的医疗服务行为和医疗费用。压实各级政府责任，建立由医疗保障部门牵头、有关部门联动协同的基金监管工作机制，统筹协调基金监管重大行动、重大案件查处等工作。引导医药卫生行业协会开展行业规范和自律建设，积极发挥行业组织在行业标准、服务规范、自律管理、失信惩戒等方面的作用。督促定点医药机构落实自我管理主体责任，健全医保服务、人力资源、价格、财务、系统安全等内部管理机制，自觉接受医保监管和社会监督。

建立健全监督检查制度。持续开展医保基金常态化监督检查工作。推进“双随机、一公开”监管机制，完善日常巡查、专项检查等多种形式检查制度。健全上下联动机制，落实属地管理，形成地区抽查复查、县市现场检查全覆盖、定点医疗机构自查常态化监督检查工作格局。建立部门协同机制，组织联动检查，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保基金监管，建立和完善政府购买服务制度，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。加快医保监管执法机构规范化和执法装备标准化建设，依法保障业务用房、执法车辆、设备、信息化及监管经费。

全面加强智能监控。推动全地区统一的智能监控系统建设，实施大数据实时动态智能监控，实现智能审核全覆盖。加强对定点医疗机构临床诊疗行为的引导和审核，实现基金监管从人工抽单审核向大数据全方位、全流程、全环节智能监控转变。

建立综合监管制度。适应医疗保障管理服务特点，建立并完善部门间相互配合、协同监管的综合监管制度。大力推进部门联合执法、信息共享和互联互通，促进监管结果协同运用。加强医保经办机构内控制度建设，强化风险防控，建立常态化、全覆盖的医保结算费用审核制度。对查实的欺诈骗保行为，各相关部门按照职责权限对有关单位和个人依规依法严肃处理。加强基金监管行政执法与刑事司法有效衔接，按程序向公安机关移送涉嫌犯罪案件。

完善社会监督制度。鼓励和支持社会各界参与医疗保障基金监督，实现政府治理和社会监督、舆论监督良性互动。增强公众维护医保基金安全意识。完善对医疗服务的监控机制，建立信息披露制度，经办机构定期向社会公告基金收支、结余和收益情况，依法依规向社会公开定点医药机构医药费用等数据信息，主动接受社会监督。聘请社会监督员，对定点医疗机构、经办机构、参保人员等进行广泛深入监督。发挥专业机构和中介组织的技术支撑和社会监督作用。建立和完善要情报告制度，主动曝光违法典型案例。完善舆情监测和处置机制，发挥媒体监督作用。建立和完善举报奖励制度。

医疗保障部门会同财政部门要严格落实并不断完善医疗保障违法违规违约行为举报奖励制度，依照规定对举报人予以奖励并及时兑现奖励资金，激励群众和社会各方积极参与监督。进一步拓展、畅通投诉举报渠道，规范受理、检查、处理、反馈等工作流程和机制，切实保障举报人信息安全。

第四节 加强基金运行安全管理

树立底线思维，加强基金运行安全管理。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。建立系统内部监督制衡机制，加强责任追究，促进内控机制有效运行。有效防范基金运行系统性风险，推动基金运行地区平衡，保持合理的基金结余水平。建立基金预算绩效管理体系，合理确定绩效目标，落实管理责任，全面实施绩效运行监控，开展绩效评价，提升基金管理水平。建立医疗保障专家库，引入第三方监管力量，强化监管的专业性、独立性和权威性。

专栏 6 基金运行安全管理重点工程

- 1.系统监控全覆盖。应用大数据手段，实现全方位、全环节、全流程、无死角监控。
- 2.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。
- 3.社会监督全覆盖。畅通优化电话、网站、微信等举报渠道，对符合举报受理条件的举报线索凡接必查，查实必奖。动员社会力量参与监管，加强社会监督员队伍建设。
- 4.监管责任全覆盖。纵向上，健全完善基金监管执法体系，加强地、县（市）两级执法检查队伍建设。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。
- 5.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。用好用好自治区统一智能监控规则库，按照自治区推广进度开展药品、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。

第五节 健全信用管理体系

建立定点医药机构信息报告制度。创新定点医药机构综合绩效考核评价机制。建立医药机构和参保人员医保信用记录、信用评价制度、积分管理制度，建立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制度。加强和规范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管理工作，实施守信联合激励和失信联合惩戒。

第八章 加快医保信息化标准化建设打造智慧医保

加强战略谋划和项目设计，搭建稳定可靠、安全高效的医疗保障信息平台，确保网络安全和数据安全，实现全地区医疗保障数据大集中、业务大贯通，推动智慧医保便民利民。

第一节 高标准建设医疗保障信息平台

按照国家、自治区医疗保障信息化总体部署，加快推进自治区统一建设的医疗保障信息平台使用，推广全国统一医保电子凭证，在自治区形成的医保电子凭证为载体的医保“一码通”服务管理新模式下，提升医疗保障公共服务标准化、平台化、智能化水平。优化就医流程，推进医疗保障公共服务均等可及，并向基层倾斜。利用自治区医疗保障信息平台，提升大数据宏观治理能力，应用人工智能、区块链、云计算等新技术，逐步实现医保大数据的聚合贯通、深度挖掘及在线应用，提升医保一体化经办、便捷化服务、智能化监管和科学化决策能力。加强医保支付数据的采集、储存和使用管理，逐步推动医保公共数据资源和服务资源开放共享，实现信息共享和业务协同，促进医保与医疗、医药“三医联动”。

第二节 加强标准化建设

严格执行国家 15 项医疗保障信息业务编码标准。落实自治区建立的协同联动、职责分明的医疗保障标准化工作机制，强化国家、自治区标准实施与监督。树立智慧医疗理念，运用数字技术和互联网思维改进医疗保障服务，按照自治区统一要求，规范医疗保障经办机构建设和管理，落实自治区统一的医保管理办法、经办规程、服务流程和信息系统。加强医疗保障标准化建设，推动标准在规范执业行为和促进行业自律等方面更好发挥作用。强化标准实施与监督，为定点医药机构提供明确的标准服务。执行统一的医疗保障业务标准和技术标准，落实国家基础共性标准清单、管理工作标准清单、公共服务标准清单和评价监督标准清单，提升管理服务水平。强化医疗保障标准日常管理维护，完善落地实施长效机制。执行自治区医保编码信息维护、审核、公示、发布的常态化工作机制，促进医保治理能力提升。

第三节 提升关键基础设施保障能力

全面落实国家、自治区网络安全和关键基础设施保护相关要求，根据自治区医保信息平台网络安全和数据安全全生命周期管理规定，加强数据安全保护，健全医疗保障数据安全管理制度，依法保护参保人员基本信息和数据安全。推进网络安全等级保护测评、密码安全评估工作，开展网络安全检测和风险评估工作。在自治区提升医保信息平台全域网络安全风险防范能力建设基础上，以统一购买服务的方式提高全域网络安全保障能力。同时，按自治区统一要求加强关键信息基础设施网络安全监测预警体系建设，提升全域关键信息基础设施应急响应和恢复能力。

第九章 完善保障措施确保规划顺利实施

医疗保障是实现广大人民群众“病有所医”的关键性制度安排。要充分调动一切积极因素，创造规划实施的必要条件和良好环境，努力确保规划目标任务如期完成。

第一节 坚持党的全面领导

加强党的全面领导，坚持各级党委（党组）在医疗保障事业发展中的领导核心作用，增强“四个意识”，坚定“四个自信”，做到“两个维护”。将全面从严治党贯穿于

医疗保障部门党的建设各方面，健全医疗保障系统责任落实机制。在各级党委（党组）领导下，把医疗保障制度改革作为重要工作任务，做好规划重点任务分解，明确责任单位，加强对规划实施情况的跟踪分析和监督检查，把规划的重点任务落到实处。强化全地区医疗保障系统党风廉政建设和行风建设，严格执纪监督问责，营造风清气正的政治生态。

第二节 强化要素支撑

强化财政支持。加大医疗保障事业投入力度，有效落实规划项目。加大对兜底性、基础性医保工作的财政投入，提高资金使用管理的科学性和规范性。健全医疗保障资金分配使用管理，加强资金监管和绩效评价。

加强人才队伍支撑。多形式、多层次、多渠道培养医疗保障人才队伍，加快充实基层经办管理队伍，补齐人才队伍短板。通过学历教育、继续教育、社会培训等多种方式培养医疗保障人才，提高医疗保障业务人员工作能力和管理水平。完善监管培训机制，充实医保监管力量。强化医保执法人员业务培训，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、守法的专业化执法队伍，确保医疗保障各项工作落到实处。

第三节 加强组织领导

推进部门联动。建立医疗保障领域部门协作联动机制，医疗保障、发展改革、公安、民政、司法、财政、人力资源社会保障、卫生健康、市场监管、税务、银保监等部门按照职责分工抓好落实，合理推进规划实施。建立相应工作推进机制，形成全地区医疗保障发展规划体系。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。

深化兵地融合发展。贯彻落实新时代推进兵地融合发展的决策部署，坚持兵地一盘棋，健全完善兵地医疗保障工作沟通协调机制，定期协商研究贯彻落实国家、自治区关于深化医疗保障制度改革决策部署的具体措施、国家和自治区医疗保障重大政策措

施在本地区、第三师落地实施。强化协同配合，推动在医疗保障监督执法、人才培养等方面深化合作。建立兵地基金监管协调机制，统筹协调基金监管重大行动、重大案件查处等工作。推进兵地医疗保障信息平台互联互通，加强医疗保险信息共享。推动兵地医保定点医药机构互认，实现资源共享，优势互补。

第四节 营造良好氛围

运用多种媒介，采取多种方式，加强医疗保障政策解读和宣传服务，提高群众政策知晓度，及时回应社会关切，合理引导预期。重要改革事项广泛听取意见，做好重大决策社会稳定风险评估。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，充分调动各方支持配合改革的积极性和主动性。加强医保文化建设，凝聚社会共识。

第五节 加强监测评估

规划确定的指标和任务，是对广大参保群众的郑重承诺。要建立健全规划监测评估机制，评估结果是改进医保工作和绩效考核的重要依据。积极开展规划实施年度监测分析、中期评估和总结评估，自觉接受人大、政协监督，畅通群众诉求和意见表达渠道。开展部门自评与社会第三方评估相结合的规划实施评估，提升规划实施效能。