# 伊州政办发〔2023〕17号

# 关于印发伊犁哈萨克自治州医疗保障“十四五”规划的通知

自治州直属各县市人民政府，自治州人民政府各有关部门：

《伊犁哈萨克自治州医疗保障“十四五”规划》已经自治州第十五届人民政府第21次常务会议审议同意，现印发你们，请认真贯彻落实。

伊犁哈萨克自治州人民政府办公厅

2023年4月27日

伊犁哈萨克自治州医疗保障“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。为扎实推进州直医疗保障事业高质量发展，保障人民健康、促进共同富裕，以中共中央国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）《“十四五”全民医疗保障规划》（国办发〔2021〕36号）《新疆维吾尔自治区医疗保障“十四五”规划》（新政办发〔2021〕110号）和《伊犁哈萨克自治州国民经济和社会发展第十四个五年规划和2035年远景目标纲要》为指导，结合州直实际，制定本规划。

第一章发展基础与发展环境

## 第一节发展基础

伊犁州党委、政府高度重视医疗保障工作，“十三五”期间，州、县市组建医保局，推动医疗保障事业加速发展，对破解群众看病难看病贵问题、支持医药卫生事业发展、维护社会稳定和推动共同富裕发挥了重要作用。

**一是完善制度体系取得新进展。**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。“十三五”期间，州直基本医疗保险参保率稳定在95%以上。基本医疗保险实现州级统筹，生育保险和职工基本医疗保险合并实施。建立健全城乡居民“两病”门诊用药保障机制，“两病”患者普遍获益。脱贫人口全部纳入基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重制度保障，“参保率”“定额资助率”“三重保障覆盖率”均为100%，切实减轻个人缴费和医疗费用负担，助力脱贫攻坚与乡村振兴有效接续，切实做到“基本医疗有保障”。

**二是深化改革创新取得新突破。**积极开展药品和医用耗材集中带量采购工作，落实国家组织药品集采三批次112个品种中选结果。开展多元复合式医保支付方式改革，深入推进按病种付费改革，启动公立医院医用耗材集中带量采购。基金监管制度体系改革持续深化，飞行检查形成有效震慑，举报奖励机制基本建立，部门协同积极推进，打击欺诈骗保专项治理成效显著。2019年至2020年，州直打击欺诈骗保专项整治行动在全区综合评估排名前列。

**三是提升便民服务取得新成效。**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”。加快推进全国统一的医疗保障信息平台建设步伐，积极推广应用医保电子凭证，开通医保电子凭证支付功能，实现定点医药机构结算全覆盖，医疗保障服务迈入“码时代”。住院费用跨省异地就医直接结算全面推开，门诊费用跨省异地就医直接结算覆盖范围逐步扩大。

**四是缓解就医负担取得新成果。**持续提高城乡居民基本医疗保险筹资水平和补助标准，年人均财政补助由2016年的420元提高到2020年的550元。基本医疗保障待遇显著提高，城乡居民、城镇职工基本医疗保险政策范围内统筹基金报销比例分别达到74.67%、81.75%。城乡居民重特大疾病保障水平不断提升，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。药品和医用耗材集中带量采购制度改革红利充分释放，切实减轻了群众医疗负担。

**五是疫情应对措施有力。**贯彻落实党中央、自治区党委关于统筹疫情防控和经济社会发展部署要求，及时出台待遇和支付政策，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，累计减征职工医疗保险费3.5亿元，为统筹推进疫情防控和经济社会发展贡献医保力量。

“十三五”时期州直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，州直医疗保障事业也存在一些问题和短板，主要表现在：州直医疗保障事业发展仍然存在不平衡不充分的矛盾；城乡居民、城镇职工基本医疗保险基金结余之间、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较薄弱，医保管理服务能力尚不能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，新冠肺炎疫情影响依然持续，世界经济下行趋势短期内难以扭转。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、国务院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。

从区内看，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，“一带一路”核心区建设、西部大开发、乡村振兴、文化润疆等战略加速转化为新动能。自治区党委、政府坚定坚决贯彻落实党中央、国务院决策部署，为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、不充分问题提出了指导意见。

“十四五”时期，根据自治区党委、政府部署要求，伊犁州直深入实施包括全民健康和医保扩面在内的“十项惠民工程”，医疗保障事业发展的宏观环境持续向好。与此同时，错综复杂的国际环境带来新矛盾新挑战，州直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。随着州直人民生活水平不断提高，健康意识持续增强，医疗服务和公共卫生服务需求加快升级，对高质量医疗保障服务有更高期待。人口老龄化加速，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，深入学习宣传贯彻党的二十大精神，贯彻落实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历次全会精神，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，完整准确全面贯彻新发展理念，以推动医疗保障事业高质量发展、更好解决人民群众医疗保障后顾之忧为根本目标，围绕“公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医保”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，服务健康伊犁建设，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服务，不断提升人民群众的获得感、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全面领导，坚持制度的统一性和规范性，增强制度刚性约束，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，深入实施健康伊犁行动，切实实现好、维护好、发展好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，增强对困难群众的基础性、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。**坚持把“保基本”理念贯穿始终，加强统筹共济，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，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。**坚持战略思维、创新思维、辩证思维、系统思维、底线思维，强化医疗保障政策集成，增强医保、医疗、医药“三医联动”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，促进供给侧和需求侧管理动态平衡，有效提高医保基金的使用效能。

**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

到2025年，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改革任务，医疗保障政策规范化、管理精细化、服务便捷化、改革协同化程度明显提升。

**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。防范化解因病致贫返贫长效机制基本建立，有效衔接乡村振兴。待遇保障机制公平适度，各方权利、义务和责任对等均衡，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，定点医药机构协议管理严格规范，医保支付方式改革加快推进，医保支付机制管用高效，基金管理机制不断健全，基金使用效率明显提升，群众医药负担进一步减轻，医保基金战略性购买作用有效发挥。

**医保基金安全可靠。**党委领导、政府责任、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，《医疗保障基金使用监督管理办法》有效执行，监管制度体系健全完备，智能监控全面应用，长效监管机制全面形成，打击欺诈骗保高压态势持续巩固，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州、县市、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖，医保公共服务水平显著提升，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。**医疗保障制度系统化、科学化、规范化程度明显提升，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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 专栏1“十四五”主要指标与预期目标 | | | | | |
| 指标维度 | 主要指标 | 2020年 | 2025年  目标值 | 牵头单位 | 指标  属性 |
| 参保覆盖 | 基本医疗保险  参保率（%） | >95 | >95 | 州医保局  、税务局 | 约束性 |
| 基金安全 | 基本医疗保险（含生育保险）基金收入（亿元） | 33.51 | 收入规模与经济社会发展水平更加适应 | 州医保局 | 预期性 |
| 基本医疗保险（含生育保险）基金支出（亿元） | 29.53 | 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 | 州医保局 | 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（%） | 81.7 | 保持稳定 | 州医保局 | 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（%） | 74.6 | 保持稳定 | 州医保局 | 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 | 70 | 州医保局 | 预期性 |
| 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 | 州医保局 | 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（%） | 75左右 | 90 | 州医保局、  卫健委 | 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高值医用耗材金额的比例（%） | —— | 80 | 州医保局、  卫健委 | 预期性 |
| 药品集中带量采购  品种（个） | 112 | >550 | 州医保局 | 预期性 |
| 高值医用耗材集中带量采购品种（类） | 1 | >8 | 州医保局 | 预期性 |
| 优质服务 | 住院费用跨省直接  结算率 | —— | >70 | 州医保局 | 预期性 |
| 医疗保障政务服务事项线上可办率（%） | —— | 80 | 州医保局 | 预期性 |
| 医疗保障政务服务事项窗口可办率（%） | —— | 100 | 州医保局 | 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，持续巩固全民参保计划成果，依法依规分类推动职工、居民等各类人群规范参保。压实用人单位法定义务，促进职工依法参保。加大居民医保参保动员力度，提升城乡居民参保意识。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“医保扩面”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、人力资源和社会保障、卫生健康、税务、市场监管、乡村振兴、残联等部门的数据共享机制，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，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。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。**优化城乡居民参保登记服务，压实乡镇（街道）、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，实现参保登记互认与信息推送共享。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医保待遇保障机制

**促进基本医疗保险公平统一。**坚持基本医保保基本的定位。实施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。贯彻落实基本医疗保障待遇清单制度，逐步实现政策纵向统一、待遇横向均衡，促进医疗保障制度法定化、决策科学化、管理规范化、运行可持续，纠正过度保障和保障不足的问题。

**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支付政策，适当提高基层医疗机构医保支付比例。贯彻落实国家、自治区职工基本医疗保险个人账户改革政策，健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制，完善门诊慢特病待遇保障，做好待遇衔接；巩固完善城乡居民门诊统筹制度，深化城乡居民“两病”门诊用药保障机制。

**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。积极引导慈善机构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相衔接，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，构建医疗保障防贫返贫机制，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，促进分级诊疗，落实双向转诊制度，实现有序就医，切实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。**在发生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、定点医疗机构不因医保总额预算管理规定影响救治。落实国家、自治区特殊群体、特定疾病医药费豁免制度，减轻困难群众就医后顾之忧。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，实施基层医疗机构差别化支付政策，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 优化基本医疗保障待遇保障机制重点工程 |
| **1.医保扩面工程。**建立全民参保库。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，形成州直全民参保计划库。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。根据本地常住人口、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，实行参保扩面计划管理。  **2城乡居民“两病”门诊用药保障专项行动。**扩大政策受益面，推进“两病”用药保障人群全覆盖。将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。简化认定程序，将“两病”审核认定工作下沉到符合要求的基层定点医疗机构，实行“一站式”受理。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”门诊用药待遇保障政策，科学确定待遇保障水平。深入推进“两病”门诊用药保障专项行动示范城市活动。  **3.贯彻落实待遇清单制度三年行动。**统一制度框架，2023年底前，力争实现州直全部统一制度框架，清理医疗保障待遇清单外政策。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，及时将符合条件的群体纳入医疗救助范围。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

综合考虑医疗保障待遇、经济发展、人口结构等因素，科学确定筹资标准，均衡个人、用人单位和政府三方筹资责任，优化个人缴费和政府补助结构，建立健全与州情相适应、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。探索建立城乡居民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，优化个人缴费和政府补助结构。积极探索适应人口老龄化社会的医疗保障多渠道筹资政策，明确医疗保障责任，稳定财政投入。积极争取中央和自治区医疗救助资金支持，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。

## 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。

**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，按照国家和自治区部署要求，稳妥开展伊犁州直长期护理保险制度。

第四章完善医药价格形成机制，提供精准医药服务

以现行药品价格政策为基础，更好发挥政府作用，推进医保、医疗、医药“三医联动”改革集成，持续健全以市场为主导的药品和医用耗材价格形成机制。

## 第一节深化药品和医用耗材集中带量采购制度改革

认真贯彻落实自治区人民政府办公厅《关于推动药品和医用耗材集中采购工作常态化制度化开展的实施意见》（新政办发〔2021〕86号）要求，常态化、制度化实施国家、自治区组织药品和医用耗材集中带量采购，强化工作指导，规范采购行为，做好医药机构报量、合同签订、指导配送企业选择等工作。健全部门协同工作格局，推进集中采购工作常态化、制度化。落实集中带量、价格联动、备案采购等采购方式。根据自治区医疗保障局统一安排，对国家和自治区组织集中带量采购范围以外的药品和医用耗材，探索开展州级或州际区域联盟带量采购，积极组织或参与“北疆联盟”议价采购工作。加强自治区招标、采购、交易、结算、监督一体化平台应用，落实平台交易、分类采购、动态调整、应采尽采要求。按要求推进医保基金与医药企业直接结算，落实医保支付标准与集中采购价格协同机制。完善与集中带量采购相配套的激励约束机制，落实医保基金结余留用政策，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，加大“双通道”建设力度。

## 第二节深化医疗服务价格改革

围绕深化医药卫生体制改革目标，加强医疗服务价格宏观管理，按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”原则，根据职责权限，推进落实科学确定、灵敏有度的价格动态调整机制，同步强化价格、医保等相关政策衔接，平衡好医疗事业发展需要和各方承受能力，确保医疗机构发展可持续、医保基金可承受、群众负担不增加。严格医疗服务价格项目管理，执行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。落实医疗服务价格项目准入和退出机制，遵循“依法合规、安全可靠、鼓励创新、符合实际、各方均衡”原则，按规定受理和初审本辖区医疗机构申报的新增医疗服务价格项目，促进医疗新技术发展和临床应用。跟进国家医疗服务价格改革试点，学习可复制、可推广的成熟经验，稳步推进医疗服务价格改革。执行上门提供医疗服务的价格政策。

## 第三节提升医药价格监测水平

完善药品、医用耗材价格治理机制，落实药品、医用耗材的采购价格信息监测制度，积极跟进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。加强医药价格监测，以医保目录内的药品为主，覆盖国家重点监测短缺药、国家临床必需易短缺药品，重点监测药品、国家组织药品集中采购中标及相关药品、社会关注度高的其他药品。推进州、县市两级监测预警和分级应对机制，提升处置能力。强化常态化监管，治理药品、高值医用耗材价格虚高。落实公立医疗机构价格监测，稳定调价预期。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.强化监测制度保障。开展普通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、定点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。用好监测平台，充实监测力量，增加监测哨点，提升监测质效。 |

|  |
| --- |
|  |

## 第四节提升医药产品保障能力

鼓励州直医药产品创新发展，加快新医药产品、好医药产品上市，促进群众急需新药和医疗器械研发使用。根据自治区统一安排，探索多元化扩大集中采购参与主体范围。执行短缺药品监测预警和分级应对机制，加大对原料药垄断等违法行为的执法力度，做好短缺药品保供稳价。探索建立配送（中标生产）企业应急储备、库存报告制度，保障集中采购药品供应，促进谈判药品落地。鼓励药店连锁化发展，更好发挥药店的独特优势和药师作用。

第五章完善医保支付机制，加快推进医疗服务供给侧改革

落实医保目录动态调整机制，建立健全医保、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

**严格执行《国家药品目录》。**将符合条件的民族药、中药饮片、医院制剂按程序申报纳入医保支付范围。规范受理本辖区医疗机构申报的新增医疗服务价格项目，落实动态调整医保诊疗项目目录。推进医保目录调整的信息化、标准化、规范化。执行医保药品支付标准，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，强化医用耗材供应保障。执行自治区医用耗材阳光挂网采购。加强公立医疗机构高值医用耗材集中采购行为合规性的监督检查，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

完善州直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，推进自治州医疗保障基金区域预算。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。建立完善“日间手术”制度，区域内符合条件的定点医疗机构全部开展“日间手术”医保结算。在国家、自治区医保局统一指导下，从2022年开始、用3年时间开展按疾病诊断相关分组（DRG）支付方式改革，2024年底实现符合条件的开展住院服务的医疗机构全面覆盖，病种覆盖率不低于90%，DRG付费医保基金支出占统筹区内住院医保基金支出达到70%。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，推进中医适宜技术门诊纳入医保按病种付费改革试点工作，引导基层医疗机构提高中医药服务水平。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，做好医保支付与医疗控费相互衔接。完善不同支付方式经办规程。探索推进医疗服务与药品分开支付。

## 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，按规定将更多符合条件的基层医疗机构纳入医保定点。完善协议管理，依法依规通过实地检查抽查、智能监控、大数据分析等方式对定点医药机构履行协议、医保基金使用、医药服务行为等情况进行监督，规范就医用药、费用结算、信息系统、药品和耗材管理。建立健全跨区域就医协议管理机制。在有效期内落实并执行《新疆维吾尔自治区、新疆生产建设兵团定点医疗机构绩效考核实施细则（试行）》《新疆维吾尔自治区、新疆生产建设兵团定点零售药店医疗保障绩效考核实施细则（试行）》，突出行为规范、服务质量和费用控制考核评价，推动医药机构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可及性

发挥医保基金战略性购买作用，促进医疗资源合理配置。在提高管理精细化程度和服务水平上下更大功夫，推动医疗保障公共服务提质增效。加强定点医药机构行为规范、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、医用耗材配备使用，保障参保群众基本医疗需求。完善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、略有结余”的总额预算编制机制，统筹考虑住院与门诊、药品（医用耗材）与医疗服务、区内就医与转外就诊等情况，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。**探索建立医保利益相关方定期协商机制，按要求开展医疗服务价格、药品目录、诊疗项目协商，促进医疗机构集体协商。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、药品生产流通企业等参加的谈判程序，构建多方利益协调的新格局，推动政策制定更加精准高效。完善药品和医用耗材生产流通企业等信用承诺制度，鼓励行业协会开展自律建设，促进行业规范发展。

|  |
| --- |
| 专栏4 健全医保支付协调共治机制重点项目 |
| **1.医保总额预算管理（Global budget）：**结合医疗保险基金收支预算管理，合理确定统筹地区总额控制目标，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。探索将点数法与预算总额管理等相结合，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。  **3.按疾病诊断相关分组付费（DRG）：**对住院医疗服务，按疾病病情严重程度、治疗方法复杂程度和实际资源消耗水平等进行病种分组，以疾病诊断相关分组技术为支撑进行医疗机构诊疗成本与疗效测量评价。  **4.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。  **5.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。  **6.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服务体系

建立健全统一规范的医疗保障经办管理体系，推进标准化窗口建设，规范服务标识、窗口设置、服务事项、服务流程、服务时限，积极提供标准化、规范化的医疗保障经办服务。依托乡镇（街道）政务服务中心、村（社区）群众服务中心，加大设备网络硬件建设，加强医疗保障经办力量，建立覆盖州、县市、乡镇（街道）、村（社区）的医疗保障服务网络。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，按照国家、自治区安排引入社会力量参与长期护理保险经办服务。

## 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操作规范，统一经办规程和服务标准。医保服务大厅实行综合柜员制，依托全国统一的医保信息平台，实现“前台综合受理，后台分类审批、综合窗口出件”，办事群众只排一次队、跑一个窗口，即可完成所有业务的受理。强化医保经办机构内控制度建设，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。健全政务服务“好差评”机制，建立与医疗保障事业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。**进一步扩大普通门诊和门诊慢特病费用跨省联网定点医疗机构覆盖范围，稳步提高住院费用跨省直接结算率。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。按照自治区部署要求，有序开展“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。**健全“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

简化优化定点医药机构专业评估、协商谈判程序，制定并定期修订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

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，健全共建共治共享的医保治理格局。加强定点医疗机构医保职能部门建设，充分发挥其联接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 推进医保经办治理机制创新重点项目 |
| 1.州、县市医保经办标准化窗口全覆盖。  2.州、县市医保经办服务示范窗口建设，重点向县市倾斜。  3.医疗保障基层服务规范化建设。面向乡镇（街道）、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.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。  5.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。  6.提升适老残疾人服务水平。加强经办服务大厅建设和窗口管理，合理布局服务网点，配备引导人员，提供咨询、指引等服务，保留传统服务方式，畅通为老年人代办的线下渠道，优化完善无障碍设置，提供预约服务、应急服务，积极推动“一站式”服务。优化网上办事流程，提供更多智能化适老服务。 |

|  |
| --- |
|  |

第七章健全基金管理和基金使用监管机制，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，提高基本医疗、医疗救助州级统筹管理水平。推进服务下沉，强化属地监管责任，加强有序就医管理。按照国家和自治区统一部署，有序推进医保省级统筹工作。

**加强基金预算管理。**坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，统筹州直人口结构、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，合理确定绩效目标，落实统筹管理责任，开展绩效运行监控和绩效评价，提升基金管理水平。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，确保基金的可持续性和稳定性。

**加强基金收支平衡管理。**加强医疗费用增长、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，发现支出异常变动及时剖析原因，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。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。

## 第二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、飞行检查等多种形式检查制度，规范启动条件、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。健全上下联动机制，落实属地管理，形成州级抽查复查、县市现场检查全覆盖、定点医疗机构自查常态化监督检查的工作格局。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。

**全面加强智能监控。**推动州直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。**积极适应医疗保障管理服务特点，建立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依法依规对有关单位和个人进行严肃处理。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。完善医疗服务监督机制，建立信息披露制度，医疗保障经办机构定期向社会公告基金收支、结余情况，定点医药机构依法依规向社会公开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件。完善舆情监测和处置机制，发挥媒体监督作用。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。

## 第三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。建立健全流程控制、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、有效防范医保公共服务过程中的安全隐患。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。建立科学的基金运行机制，合理配置州、县市的职责权限，实现医保基金安全可持续运行。完善城乡居民基本医疗保险和医疗救助转移支付资金直达机制。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 加强基金运行安全管理重点项目 |
| **1.系统监控全覆盖。**推进国家智能监控示范点建设，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，坚持每年会同相关部门联合开展1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，加强州、县市两级执法检查队伍建设。横向上，加强医疗保障与卫生健康、市场监管、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。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，建设智能监控示范点。 |

|  |
| --- |
|  |

## 第四节健全信用管理体系

完善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。建全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步伐，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，实现医疗保障州直数据大集中、业务大贯通，推动智慧医保便民利民。

## 第一节健全完善医疗保障信息平台

按照国家、自治区医疗保障信息化总体部署，加快推进州直医疗保障信息平台建设，满足全国医保信息化“一张网”发展的新要求。推广全国统一医保电子凭证，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。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，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

严格执行国家医疗保障信息业务编码标准。建立协同联动、职责分明的医疗保障标准化工作机制，强化标准实施与监督。树立智慧医保理念，运用数字技术和互联网思维改进医疗保障服务，规范医疗保障经办服务机构建设和管理，建立统一医保管理办法、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，形成制定标准、贯彻实施、监督评估、完善修订的良性循环，为定点医药机构提供明确的标准服务。严格执行国家和自治区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，建立各类标准咨询专家团队，提升管理服务水平。强化医疗保障标准日常管理维护，研究推进医保地方标准落地实施长效机制。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。

## 第三节提升关键基础设施保障能力

全面落实国家网络安全和关键基础设施保护相关要求，推进医保信息平台网络安全和数据安全全生命周期管理。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。提升医保信息平台全域网络安全风险防范能力建设，提高网络安全保障能力。加强网络安全监测预警，提升关键信息基础设施应急响应和恢复能力，保障州直医保骨干网络安全运行。

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。

## 第一节加强组织领导

**坚持党的全面领导。**加强各级党委（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”。健全医疗保障系统责任落实机制，将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。强化州直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。

**健全部门联动机制。**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、人力资源和社会保障、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。**贯彻落实党中央关于新时代推进兵地融合发展的决策部署，积极推进兵地医保融合发展。定期召开兵地医保联席会议，强化协同配合，推进定点医药机构、慢病病种、缴费年限等互认工作，深化医疗保障监督执法、人才培养等方面的合作。建立兵地基金监管协调联动机制，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，逐步实现资源共享、优势互补。

## 第二节健全完善法治建设

严格落实《新疆维吾尔自治区医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量基准（试行）》《新疆维吾尔自治区医疗保障行政处罚程序暂行规定》，规范州直医疗保障系统医疗保障行政处罚裁量权和行政处罚行为，强化权力监督制约，促进严格规范公正文明执法。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。加强行政应诉工作措施，认真做好答辩举证工作，依法履行应诉职责，提高行政应诉能力。持续推进简政放权、放管结合，优化服务，健全依法决策机制。深化实施医保法律顾问制度。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。

## 第三节强化要素支撑

**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。加强对兜底性、基础性医保工作的财政投入，提高基金使用管理的科学性和规范性。健全医疗保障基金分配使用管理，加强基金监管和绩效评价。

**加强人才队伍支撑。**多形式、多层次、多渠道引进医疗保障人才，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。广泛听取重要改革事项意见，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

建立健全规划监测评估机制。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。