

三明市深化医药卫生体制改革领导小组文件

明医改组〔2022〕2号

三明市医改领导小组 关于印发三明市“十四五”医疗保障 发展规划的通知

各县（市、区）人民政府，市直各单位：

《三明市“十四五”医疗保障发展规划》已经市医改领导小组研究同意，现印发给你们，请认真组织实施。


三明市医改领导小组
2022年6月21日

（此件主动公开）

三明市“十四五”医疗保障发展规划

2022年6月

目 录

前 言.....	5
一、发展成效.....	6
医保管理体制创新突破.....	6
重点领域改革扎实推进.....	6
多层次医保制度体系逐步完善.....	8
医保基金安全稳定运行.....	8
人民群众满意度持续增强.....	8
疫情应对能力精准高效.....	9
二、面临形势.....	10
三、总体要求.....	12
（一）指导思想.....	12
（二）基本原则.....	12
（三）主要目标.....	13
四、重点任务.....	16
（四）优化机制，衔接构建新时代健康保障体系.....	16
1. 提升基本医保参保质量.....	17
2. 优化基本医保筹资机制.....	17
3. 健全健康保障体系的制度支撑.....	18
4. 积极应对人口老龄化.....	21
5. 健全严密有力的基金监管机制.....	22

(五) 深化改革，协同推动“医改再出发”	23
6. 深化医保支付方式改革	23
7. 完善药品和医用耗材集中采购制度	25
8. 深化医疗服务价格改革	26
9. 支持中医药传承创新发展	28
10. 助力建设健康管护体系	29
11. 加强全国深化医药卫生体制改革经验推广基地建设	30
(六) 提升能力，构筑坚实的服务支撑体系	31
12. 加强经办管理服务体系建设	31
13. 提升公共服务水平	32
14. 持续推进医保信息化和标准化建设	33
15. 健全完善医保协议管理	34
16. 加强人才队伍建设	35
17. 强化法治保障	36
五、保障措施	36
(七) 加强组织领导	37
(八) 强化投入支撑	37
(九) 加强监测评估	37
(十) 营造良好氛围	38

前 言

医疗保障直接关系到人民群众的切身利益，是基本的民生工程。科学编制和实施好《三明市“十四五”医疗保障发展规划》（以下简称为《规划》），促进医疗保障高质量发展、构建新时代健康保障体系、为人民健康提供有力保障，对于推动三明医改再出发、继续在全国做典型示范具有重要意义。

本《规划》结合全市经济社会以及医疗保障发展现状和趋势判断，参照《“十四五”全民医疗保障规划》和《福建省“十四五”全民医疗保障专项规划》，以《三明市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》、《三明市实施“六大工程”推进医改再出发行动方案》、《“健康三明2030”行动计划》等为依据。是“十四五”时期推进全市医疗保障事业发展的纲领性文件，是制定医疗保障年度工作计划和安排项目建设以及政府对医疗保障投入的重要依据。

本《规划》总结了“十三五”时期三明医保体制机制改革和运行管理等方面的主要成效，分析了“十四五”时期面临的总体形势，研判提出了《规划》的指导思想、基本原则和主要目标，明确了“十四五”时期三明医保应完成的重点改革发展任务，最后强调了《规划》落实的各项保障措施。

本《规划》基期为2020年，规划期为2021—2025年，由三明市医疗保障局牵头组织实施。

一、发展成效

自 2012 年三明医改开始，经过十余年改革探索，全市医疗保障事业在体制机制改革、制度建设和促进“三医联动”发展等方面持续走在全国前列。“十三五”以来，市委、市政府高度重视三明医疗保障工作，全市医保部门勇于担当、敢于作为，在创新管理体制机制、深化各项改革、完善制度体系、保障基金安全、优化医保服务、应对突发疫情等方面取得突出成效，为减轻参保群众看病就医负担以及保障参保群众健康权益发挥了重要作用。

医保管理体制创新突破。2016 年 7 月，我市在全国率先成立市医疗保障管理局，将分散在多个部门的有关医疗保险、生育保险、药品集中采购、拟订基金预决算，定点医药机构资格审查管理等职责进行整合，有效解决了医保制度管理分割、权责分离、“三医”改革脱节等问题。实行市县垂直管理，形成了决策更加高效、管理更为科学的创新体制，为全国医疗保障管理体制的改革提供了先行经验，上升为中央顶层设计并在全国推广。

重点领域改革扎实推进。一是深化药耗采购改革，减轻群众用药负担。率先打出医药改革组合拳，牵头建立“三明采购联盟”。完成 5 批药品和 6 批医用耗材（试剂）联合限价采购，率先探索非一致性评价药品集采，推动采购目录动态调整。全面跟进国家和省级集中采购中选结果，切实提升癌症、慢性病、罕见病及儿童用药的保障能力。转变配送结

算机制，实行药耗货款医保代为结算及预付款制度，强化药品耗材全过程监管，形成竞争充分、价格合理、规范有序的供应保障体系。改革9年来，累计相对节约药品耗材费用达124.03亿元。二是推进医疗服务价格改革，理顺比价关系。先后自主实施8次调整医疗服务收费标准，动态理顺8420个（含重复调整、扩充）医疗服务项目价格，通过开展结构性、政策性以及支持薄弱学科发展的医疗服务价格调整，为公立医院薪酬制度改革等提供了坚实财力保障。三是改革医保基金支付方式，更好发挥基金使用效能。医保基金实行“双打包”制度，持续完善县域医保基金打包支付，建立“总额包干、超支不补、结余留用”的激励约束机制。在全国率先实行C-DRG收付费改革，病种组数达800组。首次实现按C-DRG收付费直通病人端和同级别医院“同病、同治、同质、同价”，首次突破医保目录界限，让群众明明白白看病，减少了医患纠纷带来的风险，有效促进医院管理水平提升。2020年，全市22家县级以上医院医务性收入达13.04亿元（占总收入41.46%），因价格调整因素转移累计增加医疗服务收入达到57.39亿元；在全市公立医院医药总收入受疫情影响下降的情况下，医保包干基金仍增加1.81亿元，医院纯收入和工资总额分别增加1.42亿元和1.53亿元；公立医疗机构参保患者出院病例按C-DRG结算占比达81.58%，相对节约医疗费用6931万元。

多层次医保制度体系逐步完善。生育保险和城镇职工基本医疗保险合并实施，实现了参保登记、基金征缴、待遇保障、医疗管理服务、基金管理和核算、信息系统平台的统一。探索扩大医保个人账户支付范围，拓宽个人账户使用功能。积极配合福建省建立城镇职工基本医疗保险基金统筹调剂金制度，提高统筹层次。初步形成了基本医保、大病保险、医疗救助、扶贫叠加保险、第三次精准补助、应急救助以及商业健康保险和社会慈善等多方位、相互衔接的多层次医保制度体系。

医保基金安全稳定运行。加强医保基金稽查监管，强化监管顶层设计，组建稽核队伍，构建多维有效的常态化基金监管体系。积极开展日常稽核、重点检查、现场巡查、交叉检查、专项检查、飞行检查及在线智能监管，2020年实现全市2326家医保定点医药机构基金监管100%全覆盖，全市6177名医师、337名药师纳入医保在线智能监管系统。建立了市医保基金监管工作联席会议制度。加强对定点医药机构和参保人的教育引导和信用管理，持续加大对欺诈骗保等违约违规违法行为的打击和震慑力度。2018年至2020年，累计查处违规定点医药机构1159家次，追回违规金额3906.2万元。逐步构建起“不敢骗、不能骗、不想骗”的医保基金监管格局，切实维护了基金安全。

人民群众满意度持续增强。一是积极落实应保尽保工作，医保覆盖面不断扩大。拓宽参保缴费服务渠道，增加多种网络缴费方式，缴费便捷度明显提升。2019年和2020年三明市参

保率均保持在全省前列。二是提高医疗保障水平，惠及参保群众。积极出台基本医保门诊统筹政策，完善住院待遇保障政策，2020年城镇职工和城乡居民基本医疗保险医疗总费用报销比例（含大病保险等）分别达到75.02%和67.55%，比2017年提高了4.51和8.07个百分点。提高大病补充保险和重大疾病保障水平，2020年全市大病患者补助金额达1.98亿元。扩大慢性病门诊特殊病种范围，推进慢性病一体化管理，2017年以来免费为慢性病患者提供基本药物130.8万人次，共报销2561.43万元。医保报销政策向中医倾斜，增设中药饮片药事服务费项目和中医辩证论治费项目。三是发挥托底保障功能，实施医保扶贫。在全国率先建立第三次精准补助制度，建立和完善农村建档立卡贫困人口“124”医保扶贫机制，推行医保扶贫四条措施，全面推广城市困难家庭精准帮扶“347”工作机制，确保建档立卡贫困人口医疗保障水平不断提升、健康权益得到有力保障。四是提高信息化水平，医保服务更加便捷。医保信息系统建成并投入使用，将医保报销端口开通到村（社区），积极推进参保人员激活并使用医保电子凭证，实现多项医保业务网上（掌上）查询和办理，极大方便了参保群众看病报销。

疫情应对能力精准高效。统筹做好疫情防控和社会经济发展，落实疫情期间企业职工基本医保费阶段性减征、缓征政策，助力企业复工复产。及时出台疫情期间医疗保障相关政策，落实“确保患者不因费用问题影响就医、确保医保及

时结算、确保异地患者就近就医”。建立药品供应及价格监测日报制度，督促全市药品配送企业加强采购供应，实现疫情防控需求清单药品零缺货，配合做好医用防控物资的供应保障工作。及时下调核酸检测和抗体检测项目收费价格，切实保障新冠疫苗及接种费用的医保基金支付，为常态化疫情防控发挥了医保作用。

三明医改所取得的成效，受到多方肯定并作为三明经验向全国推广。党的十八大以来，习近平总书记先后4次听取和研究三明医改工作，予以充分肯定并要求推广。2021年3月23日，习近平总书记在沙县区总医院视察时指出，“三明医改体现了人民至上、敢为人先，其经验值得各地因地制宜借鉴”。国务院李克强总理也对三明医改给予高度肯定。孙春兰副总理先后3次莅临三明调研指导，并召开全国医改三明现场推进会，肯定三明市是全国医改的“排头兵”。国务院医改领导小组及秘书处、国家卫生健康委等部委出台系列文件支持和推广三明医改经验，并确认我市为全国首个深化医改经验推广基地。福建省委、省政府多次召开全省医改推进会和专题会，研究推动深化三明医改工作，出台全面推广三明医改经验的意见等一系列文件，全方位支持三明医改持续深化。

二、面临形势

“十四五”时期，是我国全面建设社会主义现代化国家新征程的开局起步期，也是三明大有可为的重要战略机遇期，更

是推进三明医改再出发的关键时期。未来五年，三明医疗保障事业发展机遇与挑战并存。

从机遇看，党中央、国务院高度重视重大民生问题，习近平总书记 2021 年 3 月赴三明市深入调研，对三明医改作出了一系列重要指示批示，《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）明确了医疗保障制度改革的顶层设计，对深化医疗保障制度改革进行了全面部署；省委、省政府把医疗保障事业改革发展和提高全民健康水平放在突出位置，高度重视和全力支持三明医改；市委、市政府深入开展“牢记新嘱托、增创新优势、再上新台阶”活动，实施“六大工程”推动医改再出发，在持续解决“看病难”“看病贵”基础上，重点解决“看好病”“大健康”问题，不断增强人民群众卫生健康获得感。《国务院深化医药卫生体制改革领导小组关于深入推广福建省三明市经验深化医药卫生体制改革的实施意见》（国医改发〔2021〕2 号）提出进一步加大力度推广三明医改经验，我市医药卫生体制改革已经取得明显成效，为医疗保障事业发展奠定了坚实基础，为未来发展提供了强劲动力和良好的政策环境。

从挑战看，三明市作为老区苏区山区，经济体量偏小，居民收入水平有待提高；人口规模小，外出务工人员多，老龄化加速，城镇职工在职退休比持续降低，异地安置人员较多，这些都成为制约医疗保障发展的客观因素。同时，医保筹资和保障目标不匹配，基金收支平衡可持续压力较大，医保收付费

方式改革与医疗卫生服务体系的协同性需进一步增强。三明医改进入“全民健康”新阶段后，发挥医保基金从治病报销到健康保障作用对医疗保障部门提出了新的更高要求。

未来五年，要增强机遇意识和风险意识，把握发展规律，发扬斗争精神，准确识变、科学应变、主动求变，善于在危机中育先机、于变局中开新局，踔厉奋发，笃行不怠，持续深化全市医疗保障制度改革，推进医改朝着全民健康保障目标再深化、再前进。

三、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，深入贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，全面贯彻落实习近平总书记来闽、来明考察重要讲话精神，深入实施“六大工程”推进医改再出发，推进三明医改继续在全国走前头、作示范。坚持以人民为中心的发展思想，深入实施“健康三明 2030”行动计划，进一步深化医药卫生体制改革，以全方位推进高质量发展超越为主题，以保障人民群众健康为目标，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，发挥医保基金使用健康效益，坚持“三医联动”综合改革，加快补短板、强弱项，构建新时代健康保障体系，持续增强群众的获得感、幸福感、安全感。

（二）基本原则。

坚持以人民健康为中心。把维护人民生命安全和身体健康

放在首位，从“以治病为中心”转向“以健康为中心”，构建新时代健康保障体系，使改革发展成果惠及全体人民，增进民生福祉，促进社会公平，推进共同富裕。

坚持创新引领高质量发展。继续发扬人民至上、敢为人先的精神，坚定不移地推动三明医改走深走实、扩大成效。攻坚克难，开拓创新，继续为全国医改提供“三明经验”。

坚持稳健持续，防范风险。科学确定筹资水平，均衡各方缴费责任，加强基金预算管理和风险预警，提高基金统筹共济能力，强化基金监管，确保基金安全，增强基金使用健康效益。

坚持协同发展，提质增效。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，持续加强“三医”统筹协调，抓住“窗口期”，打出组合拳，增强改革的系统性、整体性和协同性。

坚持精细管理、优质服务。深入推进医疗保障领域“放管服”改革，优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，健全基金监管长效体制机制，统筹提升传统服务方式和线上服务方式，提升群众满意度、获得感。

坚持共享共治、多方参与。坚持政府、市场、社会协同发力，鼓励商业健康保险发展，促进多层次医疗保障有序衔接，发挥医保基金健康使用效益，强化医药、医保、医疗多主体协商共治，加强社会监督，提高治理水平。

（三）主要目标。

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，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。医疗保障体系、药品供应保障体系和综合监管体系更为健全，药品耗材流通秩序进一步规范，医疗服务价格形成机制进一步完善，群众用药负担和自付比例进一步下降，在满足人民群众多层次医疗保障需求基础上，由医疗保障制度向健康保障制度转变。

建设公平医保。实现基本医保更加规范统一，待遇保障更加公平普惠，保障范围和标准与经济社会发展水平更加适应，待遇清单制度有序实施，住院保障水平稳中有升，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。

建设法治医保。职工和居民依法参保。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，行政执法行为进一步规范，行政执法水平得到提高。

建设安全医保。防范化解因病致贫返贫长效机制基本建立，参保群众个体健康安全保障更加有力，有效衔接乡村振兴战略。基金监测预警机制不断完善，医保基金安全网更加密实。医保数据和群众健康数据安全得到有效保障。

建设智慧医保。医保管理和服务数字化、智能化水平显著提升，实现医保“决策数字化、管理精细化、服务智慧化”，传统服务方式和线上服务方式共同发展，就医结算更加便捷高

效。

建设协同医保。医药、医保、医疗“三医联动”改革更加协同发展，医保基金健康使用效益作用有效发挥，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敏有度、结构更加科学合理，医保和医药服务高质量协同发展。

“十四五”时期三明市医疗保障事业发展主要指标

维度	序号	指标名称	2020年	2025年	指标属性	牵头单位
参保覆盖	1	基本医保常住人口参保率	≥98%	≥98%	约束性	市医保局、税务局
基金安全	2	基本医疗保险（含生育保险）基金收入	32.01亿元	收入规模与三明经济社会发展水平更加适应	预期性	市医保局、税务局
	3	基本医疗保险（含生育保险）基金支出	31.15亿元	支出规模与三明经济社会发展水平、群众基本医疗需求更加适应	预期性	市医保局
保障程度	4	城镇职工医疗保险住院医疗总费用基金支付比例（含大病保险等）	70.7%	75%左右	预期性	市医保局
	5	城乡居民医疗保险住院医疗总费用基金支付比例（含大病保险等）	63.8%	65%左右	预期性	市医保局
	6	重点救助对象符合规定的住院医疗费用救助比例	-	70%左右	预期性	市医保局
	7	个人卫生支出占卫生总费用的比例		25%左右	约束性	市卫健委、市医保局

精细管理	8	实行按疾病相关分组或按病种收付费的住院费用占全部参保住院费用的比例	-	> 70%	预期性	市医保局
	9	公立医疗机构通过三明采购联盟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	> 95%	> 95%	预期性	市医保局、卫健委
	10	公立医疗机构通过三明采购联盟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%	预期性	市医保局、卫健委
	11	药品集中带量采购品种	全面落地国家和省级药品集中带量采购品种	全面落地国家和省级药品集中带量采购品种	预期性	市医保局、卫健委
	12	高值医用耗材集中带量采购品种	全面落地国家和省级高值医用耗材集中采购品种	全面落地国家和省级高值医用耗材集中采购品种	预期性	市医保局、卫健委
	优质服务	13	住院人次跨省直接结算率	41.4%	> 70%	预期性
14		医保政务服务事项线上可办率	-	> 80%	预期性	市医保局
15		医保政务服务事项窗口可办率	100%	100%	约束性	市医保局

四、重点任务

（四）优化机制，衔接构建新时代健康保障体系。

探索将医疗保障基金和公共卫生服务资金融合使用、统

筹管理，逐步将健康融入所有待遇保障政策，促进向“以人民健康为中心”模式转变，探索建立健康保障制度，为新时代健康保障体系提供制度基础。

1. 提升基本医保参保质量

依法依规分类参保。出台激励灵活就业人员的参保缴费政策，重点推动和引导中小企业、私营企业、灵活就业人员、乡村医生、新业态就业人员等单位和群体参加职工基本医疗保险，优化职工基本医疗保险参保结构。加强对企业参保缴费工作的稽核力度，做到应保尽保、应收尽收。做好低保对象、特困人员、低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口等困难群众分类资助参保工作。

实施精准参保护面。持续落实全民参保计划，积极推动城镇职工和城乡居民在就业地、常住地参保，避免重复参保，巩固提升参保率。建立健全多部门参保数据共享机制，完善参保数据库建设，加强数据比对，精准掌握参保信息，实现实时动态查询。

优化参保缴费服务。落实基本医疗保险费由税务部门统一征收，优化参保缴费服务，积极发挥乡镇（街道）在参保征缴中的作用，加强医疗保障、税务部门和商业银行等“线上+线下”合作，丰富便民参保缴费渠道，提高征缴效率。

2. 优化基本医保筹资机制

完善责任均衡的多元筹资机制。均衡个人、用人单位和政府三方责任，优化个人缴费和政府补助结构，适当提高政

府补助占比，实现待遇保障与筹资标准之间的动态平衡。加强财政对医疗救助投入，拓宽医疗救助筹资渠道，医保基金和医疗救助基金实行市级统筹管理。

协同推进省级统筹。按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的标准，全面做实我市基本医疗保险市级统筹。积极响应国家和省关于省级统筹的政策要求。持续完善与统筹层次相适应的医保管理体系，稳妥推进医疗救助统筹层次与基本医保统筹层次相衔接。

提升医保基金预算编制水平。建立健全基金预算管理和风险预警机制，按照“收支平衡、略有节余”的原则，科学编制医疗保障基金收支预算，保障基金安全平稳运行，提高基金使用效率。建立医保基金绩效评价体系，实施基金运行全过程绩效管理。建立健全经办机构内控制度，筑牢基金监管内控防线，切实管好老百姓的救命钱。

3. 健全健康保障体系的制度支撑

促进基本医疗保险公平统一。严格按照统一医保覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理和基金管理要求，落实市级统筹管理责任。严格执行医疗保障待遇清单制度，统一规范医疗保障各项筹资和待遇政策，并根据国家有关要求动态调整。

合理确定和提高基本医保待遇保障水平。提高城镇职工医保报销待遇，释放医改红利，减轻参保患者医疗费用负担。健全职工基本医保门诊共济保障机制，在现有职工医保普通

门诊统筹和门诊特殊病种政策基础上，逐步规范和调整个人账户划拨、门诊待遇政策，合理确定个人账户支付范围，减轻参保群众门诊医疗费用压力。实施城乡居民基本医保待遇提升工程，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，补齐城乡居民基本医保短板。根据筹资水平和基金承受能力，合理分配住院和门诊基金支出。按国家和省要求，努力实现待遇保障水平的预期目标。

规范补充医疗保险。进一步完善和规范城镇职工和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，加强与基本医疗保险和医疗救助的衔接，充分发挥大病保险等补充保险在“三重保障制度”中的梯次减负作用。

夯实医疗救助托底保障。完善医疗救助办法，形成分类管理、分档救助、精准施策的政策体系，切实减轻低保困难群体医疗费用负担。完善与基本医疗保险市级统筹相协调的全市统一制度管理服务体系，规范全市救助对象、救助方式、救助待遇标准、经办服务和基金统筹管理。会同医疗救助相关职能部门，共同建设全市互联互通、信息共享的医疗救助管理信息系统，与基本医疗实现一体化管理，实行“一站式”报销。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治。

重点工程 1 重大疾病保障工程

1. 依托国家医疗保障信息平台，按照国家关于加强网络安全和数据保护工作的规定，在确保参保人数据信息安全的前提下，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，及时将符合条件的人员纳入医疗救助范围。

2. 夯实医疗救助托底保障，健全防范化解因病返贫致贫长效机制。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。

3. 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有序发展，促进慈善医疗救助发展。

4. 引导实施合理诊疗，促进有序就医，严控不合理医疗费用。

巩固拓展医保脱贫攻坚成果同乡村振兴战略有效衔接。在医保脱贫攻坚成果基础上，分阶段、分对象、分类别调整脱贫攻坚过渡期保障措施，实现由集中资源支持向基本医保、大病保险、医疗救助制度统筹保障平稳过渡。按照国家、省、市部署，分类优化医疗保障综合救助政策，及时跟进修订低保对象、特困人员、低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口等困难群体的医疗救助政策，将我市脱贫攻坚期医保扶贫政策融入医疗救助，推动原有医保扶贫政策与乡村振兴高效衔接，健全防范化解因病返贫致贫预警机制和长效保障机制。

落实重大疫情医疗保障机制。在突发疫情等紧急情况时，及时预付医保基金至医疗机构，确保医疗机构先救治、后收费。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。根据国家和省要求，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。统筹医保基金和公共卫生服务资金使用，持续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。

鼓励商业健康保险发展。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。发挥商业保险公司在专业水平、风险管控和覆盖全国服务网络等方面的优势，支持商业保险公司承办全市大病保险服务，参与基本医保经办服务和医疗服务行为监管。推动商业保险与基本医保、大病保险、百万医疗等产品充分衔接、相互补充，在健康管理、医药配送等方面提供健康增值服务。

4. 积极应对人口老龄化

完善生育保险政策措施。积极贯彻落实应对人口老龄化国家战略，做好生育保险对参保女职工生育医疗费用、生育津贴待遇的保障。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，住院分娩按病种组支付，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。继续做好城乡居民基本医保参保人生育医疗费用待遇保障。

稳步推进长期护理保险制度。适应我市经济社会发展水平和老龄化发展进程，适时建立职工基本医疗保险长期护理保险制度，重点解决重度失能人员长期护理保障问题，待时机成熟后，逐步扩大到城乡居民医保。探索建立互助共济、责任共担的多渠道筹资机制和公平适度的待遇保障机制，合理确定保障范围和基金支付水平。按照长期护理保险失能等

级评估标准，落实长期护理保险需求认定、等级评定等标准体系和管理办法。健全长期护理保险经办服务，探索商业保险公司等第三方参与长期护理保险管理服务新模式。

5. 健全严密有力的基金监管机制

完善监督检查机制。加强医保基金监管能力建设，进一步健全基金监管体制机制。创新基金监管方式，建立医保基金监管工作联席会议制度，强化部门职责与协同配合，实施跨部门协同监管。加强医疗服务行为稽核监管。统筹稽核监管力量，结合国家和省打击骗取医保基金行为专项行动，采取重点检查与随机抽查相结合的方式，定期与不定期结合对全市定点医疗机构、定点零售药店等进行全面稽查。

重点工程 2 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，通过日常稽核和专项检查，每年完成一轮全覆盖式现场监督检查，对全市辖区内全部定点医药机构开展检查。

3. 社会监督全覆盖。动员社会力量参与监管，强化社会监督员队伍建设。公开定点医药机构信息，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。

4. 监管责任全覆盖。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。加强医保与卫生健康、公安、纪检监察、市场监管、审计等部门的协同配合，形成监管合力。推进基金监管网格化管理，每个定点医药机构由专人负责监管。

全面推进智能监控制度。落实医保医师、药师、护士代码管理制度，充分利用国家医保信息平台全面开展在线智能监管，实施大数据实时动态智能监控。发挥“三明医疗保障”等公众号宣传作用和网络服务监督平台作用。

重点工程3 医保基金智能监控工程

1. 完善智能监控知识库和监控规则。适应医保支付方式改革和长期护理保险、商业保险发展需要，结合日常检查和专项检查发现的违规违约问题，不断完善基础信息标准库和临床指南等医学知识库，制定针对性的智能监控规则。

2. 将异地就医、购药即时结算纳入智能监控范围。

深化综合监管制度。建立医疗保障信用机制，推行守信联合激励和失信联合惩戒。开展医药机构和参保人员医保信用记录、信用评价和积分管理，将信用评价结果、综合绩效考核结果与预算管理、稽查稽核、定点协议管理等关联。强化社会监督，严厉打击欺诈骗保行为。鼓励定点医药机构开展行业规范和自律建设，促进行业规范和自我约束。

（五）深化改革，协同推动“医改再出发”。

持续发挥医保在“三医联动”改革中的“牛鼻子”和推动医改的“主引擎”作用，在医保支付机制、药品耗材和医疗服务价格改革、促进医疗卫生服务体系建设等方面充分体现医保的基础、杠杆和引领作用，推进和深化医保重点领域改革。

6. 深化医保支付方式改革

完善医保总额打包预付管理。将总医院（医共体）作为

老百姓的健康管护组织，按照“钱随人走”的原则，持续健全“总额包干、超支不补、结余留用”的激励约束机制，完善总额包干办法。

完善以 C-DRG 收付费改革为主的多元复合式医保支付方式。完善按 C-DRG 收付费方案，强化政策配套和技术支撑，加强运行监测和评估。根据本市实际，扩大病种组覆盖面，完善病种的收付费改革政策。建立并完善与门诊共济保障相适应的医保支付方式，探索基层医疗服务按人头付费，将按人头付费与慢性病管理相结合；对日间手术及符合条件的门诊特殊病种，推行按病种或按疾病诊断相关分组付费。推广医疗康复、慢性精神疾病等长期住院按床日付费。探索医疗服务与药品分开支付。

重点工程 4 推进多元复合式医保支付方式改革

1. 深化 C-DRG 收付费改革。根据 C-DRG 收付费实际运行情况、医疗资源消耗、药品耗材、医疗服务价格、医保基金等情况，完善 C-DRG 分组及收付费标准，加强 C-DRG 收付费执行监测及评估，完善绩效考核，将 C-DRG 相关指标纳入书记院长年薪制考核，并做好收付费监管工作。

2. 按床日付费。对精神疾病、安宁疗护、医疗康复等需要长期住院治疗且日均费用稳定的疾病，实行按床日付费。

3. 按人头付费。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，对糖尿病、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。

4. 按项目付费。对住院费用未纳入 C-DRG 收付费管理的病例和门诊费用实行按项目付费。

完善医保药品支付保障机制。统一执行全国医保药品目录，做好增补药品清理工作，推进国家目录落地的信息化、标准化、规范化。规范医保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。健全基本医保药品支付标准，以谈判药品、集中采购药品和高血压、糖尿病用药支付标准为切入点，逐步推动药品目录管理和支付标准相衔接，切实保障参保群众用药需求。

完善医保耗材管理。完善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动态维护更新的常态化工作机制。

提升医疗服务项目管理水平。完善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。

7. 完善药品和医用耗材集中采购制度

健全健康管护药品耗材供应保障体系。在保证质量的前提下，坚持“招采合一、量价挂钩”的采购机制，规范药品、医用耗材（检验检测试剂）集中采购，推进紧密型医共体内药品耗材统一高效管理，确保采购各环节阳光透明。落实采购目录动态调整机制，全面跟进国家和省级药品耗材集中采购结果，完善配套激励约束机制，促进中选产品优先使用、合理使用，保障老百姓治病救急需求。健全短缺药品预警和分级应对体系，密切监测药品短缺情况，解决好低价药、急（抢）救药、儿童用药问题，发挥市级医药储备功能，加强与省级储备的互

补联动。

做大做实做强“三明采购联盟”。发挥联盟在药品（耗材）联合限价采购中的影响力，积极邀请更多城市加入，推动联盟扩容扩围，持续提升合作水平，共建更加紧密型联盟。建设智慧化药品耗材交易平台，实现联盟成员药品耗材联采、交易、结算、支付和监管的线上全流程闭环管理，推进与国家和其他省际平台之间的信息联通。在落实国家组织药品、高值医用耗材集中带量采购任务的基础上，充分发挥三明采购联盟“尖刀连”和“排头兵”作用。重点探索开展国家、省级组织集采以外的药品耗材跨区域联采，及时跟进中药饮片、口腔医用耗材等省际联盟集采中选结果，促进药品耗材降价惠民。

完善药品和医用耗材价格治理机制。根据国家统一部署，开展持续、多维度、普遍监测与重点监测相结合的价格监测工作。不断扩大监测范围和内容，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，提升药品和医用耗材价格异常变动的分析预警应对能力。全面落实医药价格和招采信用评价制度，灵活应用成本调查、函询约谈、信用评价、信息披露、价格指数、挂网规则等管理工具，精准施策，有效传导，遏制药品和医用耗材价格虚高。

8. 深化医疗服务价格改革

按照国家、省部署要求，协同推进医药服务供给侧改革，充分发挥医疗服务价格在深化医药服务供给侧改革中的引领

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，坚持公立医疗机构公益属性，建立合理补偿机制，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，保障群众获得优质实惠的医药服务。改革完善医疗服务价格，体现医务人员技术劳务价值。逐步建立价格科学确定、动态调整机制，理顺服务比价、持续优化公立医院收入结构。到 2025 年，公立医院医疗服务、药品耗材和检查化验收入逐步趋向 5:3:2 的合理比例。

动态调整医疗服务价格。逐步建立以成本和收入结构变化为基础的医疗服务价格动态调整机制，按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则，降低大型医用设备检查治疗和检验等价格，重点提高体现医务人员技术劳务价值的项目价格，理顺不同级别医疗机构间和医疗服务项目的比价关系。

推进服务项目分类管理。规范医疗服务项目，梳理内涵及边界，改革定价方式，实行分类管理。对公立医疗机构提供的基本医疗服务项目实行政府指导价，不断完善放开特需医疗服务和其他市场竞争比较充分、个性化需求比较强的医疗服务价格，由医疗机构自主制定。做到与省新增医疗服务项目政策衔接，促进医疗新技术、新手段的推广应用。

助力提升基层医疗服务能力。调整基层医疗服务价格，从价格调整加快推进医共体建设，推动优质医疗资源均衡下沉，促进分级诊疗机制建立，引导群众基层首诊，提升基层医

疗技术水平。

加强价格调整运行监测。加强各级公立医院主要指标运行和医疗服务价格调整的后续效果监测评估，重点评估各级医疗机构总收入、医药收入等指标监测分析，调价（新增）项目实施效果，触发价格调整相关指标监测，夯实医疗服务价格调价基础。

9. 支持中医药传承创新发展

实施中医药医保鼓励扶持政策。充分发挥中医药在促进健康的独特优势，促进中医适宜技术发展。逐步提高中医药医保基金总报销比重，持续优化中药饮片和中医非药物治疗待遇保障政策，继续执行中药饮片零起付线报销。鼓励定点医疗机构探索开展内容丰富的医养结合服务，按“医中有养、养中有医、医养结合”开展慢病、中医、康复等医疗保障服务，将“治未病”理念融入全过程，切实把中医药传承好、发展好、利用好。

完善中医服务价格管理。对体现中医人员技术劳务价值的中医服务项目在价格政策给予扶持，优化中医医疗服务价格政策，落实新增中医类服务价格项目，完善分级定价政策，促进中医在基层医疗卫生发展。

发挥按病种组（C-DRG）收付费改革在推动中西医协调发展中的作用。保持和发挥中医药特色优势，实行中西医同病同效同价，分批遴选中医优势明显、治疗路径清晰、费用明确的病种组实施按病种组收付费，合理确定收付费标准。

10. 助力建设健康管护体系

按照三明市全民健康管护体系完善工程实施方案主要措施要求，完善医保基金支付健康政策，协同推进区域健康管护体系建设，健全健康管护药品耗材供应保障制度，助力夯实基层基础，推动完善双向转诊机制。

重点工程 5 协同推进全民健康管护体系完善工程

1. 完善医保基金打包支付政策，按照参保人数和人均基数年度打包支付给总医院（医联体），结余资金纳入医疗服务收入，可用于健康管护、慢病管理、健康促进等，切实提高医保基金使用健康效益。
2. 实行“钱随人走”政策，推动总医院（医联体）间形成良性竞争格局，促进总医院（医联体）提升健康管护能力。
3. 提高基层医疗服务经办能力，及时为符合条件的村卫生所开通医保报销端口。
4. 推动制定常见病种双向转诊标准，加强医保政策与双向转诊机制的统筹协调和综合配套。

健全医疗卫生服务体系。促进医疗卫生资源合理配置，健全全科和专科医疗服务分工合作的医疗卫生服务体系。完善区域医疗卫生服务和医疗机构设置规划，支持国家、省级、闽西北区域医疗中心建设，加快建设优质高效的医疗卫生服务体系。支持公立医院高质量发展，健全考核体系，促进定点医药机构行业行为规范、成本控制和行业自律，建立卫生、医保、财政、审计等部门联合监管机制。推进社会力量举办专业医疗机构发展，扩大区域医疗资源有效供给。统筹加快补短板、强弱项，

促进产科、儿科、精神科等薄弱学科发展。强化家庭医生签约服务考核，完善签约服务费支付结算办法。鼓励日间手术等日间服务模式发展，提升公立医院服务效率。

参与构建健康绩效考评监督体系。持续完善对人民健康负责的健康绩效考核评价监督体系，将体现价值医保、价值医药、价值医疗的有关指标，如人均期望寿命、慢性病管理、人均医疗费用支出等设置为核心指标。强化监测考核结果在医保运行管理和医疗、医药协同发展中的运用。

协同助力健康事业创新发展。落实医保对老区药品的支持政策。努力打造成为具有惠民保障与健康管理的相融合的服务新模式，助力健康事业发展。完善对医养健康、全域森林康养等产业的医保政策，支持符合条件的养老机构内设医疗机构、康复医院、森林康养机构等纳入定点范围，赋能全市医疗健康事业和大健康产业。

11. 加强全国深化医药卫生体制改革经验推广基地建设

以全国深化医药卫生体制改革经验推广基地为平台，进一步加强与福建省和全国各地医疗保障部门沟通对接，继续完善全国医保培训基地建设工作，积极承办各类培训会 and 学术交流活动等。制定更加科学先进的培训方案，开发设置具有可借鉴、可推广价值的系统课程，邀请全国优质师资到基地授课。做细做实医保宣传和培训，坚持实地考察和现场培训相结合，合理安排参观点、参观线路，发挥好全国深化医药卫生体制改革经验推广基地对于医保经验的传授和推广作用。

(六) 提升能力，构筑坚实的服务支撑体系。

聚焦群众就医和医疗保障需求，深入推进“放管服”改革，补短板、堵漏洞、强弱项，着力健全经办管理服务体系，加快推进医保标准化和信息化建设，提升医疗保障基础支撑能力，不断增强服务效能。

12. 加强经办管理服务体系建设

健全经办管理服务体系。积极适应医疗保障改革发展需要，健全全市统一规范的医疗保障公共服务标准体系，统一经办规程，规范服务标识、窗口设置、服务事项、服务流程及服务时限等。推进标准化窗口和示范点建设。建立市、县一体，覆盖市、县、乡镇（街道）、村（社区）的医疗保障服务体系，大力推进服务下沉，补齐基础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。

重点工程 6 建设标准化窗口和示范点工程

1. 五年内实现全市医保经办标准化窗口全覆盖，达到国家医保管理服务窗口规范评定标准。

2. 积极争创国家级示范窗口（点），根据国家级示范窗口（点）评定标准，抓好落实工作，持续完善医保经办服务示范窗口、医保基层服务国家级示范点、医保定点医疗机构国家级示范点、智慧医保管理服务示范点建设。

提升经办综合能力。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。加强与有关部门对接协作，推进医疗保障信息平台与相关网上政务服务平台、医疗机构信息平台、电子票据平台等衔接，促进资源共

享。完善医保业务多渠道办理体系。推行医保经办服务就近办理、网上办理。探索商业保险公司、银行等参与医保经办管理服务。

积极争创医保政务服务“好差评”省级示范区。按照医保政务服务“好差评”省级示范区建设要求，完善与医保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。聚集热点难点问题，优化便民服务举措。

13. 提升公共服务水平

健全多种形式的医保公共服务。坚持传统和新型服务方式相结合，推进医保经办窗口标准化建设、医保在线公共服务平台建设、基层服务网点建设，完善医保服务站建设，探索实施医保服务“视频办”。

完善异地就医直接结算服务。落实国家统一的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。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，实现异地就医备案网上办理全覆盖。强化异地就医费用监管，实现异地就医人员、本地就医人员就诊数据统一监控，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。

重点工程 7 医疗保障政务服务提升工程

1. 推进医保经办服务就近办、网上办，深化医保服务“最多跑一趟”改革，推进“一件事”集成套餐服务改革。

2. 推进医保政务服务事项“跨省通办”。推进医保参保登记、信息变更，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。

3. 优化医保关系转移接续和异地就医联网结算。

14. 持续推进医保信息化和标准化建设

提升医疗保障信息化水平。按照国家医疗保障信息化建设工作总体部署，扎实做好国家医疗保障信息平台在三明上线和应用工作，高标准建设“统一、高效、兼容、便捷、安全”的医疗保障信息平台。加快医保电子凭证推广应用，推进职工医疗互助住院补助与医保费用报销同步“一站式”结算。以信息化助力全面提升医保公共服务水平和基金管控效能，推进“三医一张网”建设，加快实现“决策数字化、管理精细化、服务智慧化”。

重点工程 8 完善全市医疗保障信息化建设工程

1. 根据国家、省上关于医保信息化标准化工作要求，确保通过贯标验收，推进国家医保信息平台（包括 14 个业务子系统）在我市上线和使用。

2. 推进医保电子凭证的推广及应用，探索在线支付功能，推进职工医疗互助住院补助与医保费用报销同步“一站式”结算，方便群众就医购药。

3. 依托全国统一信息平台，推进“互联网+医保服务”，对接和完善各类公共服务平台，方便群众个人医保信息查询、公共查询等事项。

4. 加快“三医一张网”建设，推进“三医”部门信息互通共享和业务协同，数字化赋能三明医改，实现全方位全生命周期的大数据健康管护。

完善“互联网+医疗健康”医保管理服务。加快医疗保障信息系统对接整合，实现医疗保障数据与相关部门数据联通共享。做好互联网医院纳入医保定点管理工作，促进互联网医院发展。开通互联网医院在线诊疗、药品等医保支付结算。建立在线审核、医疗服务行为监管，推动互联网医疗服务创新发展。

实施医保全流程数字化服务。依托医保诚信记录，落实先诊疗后付费，利用电子健康档案和电子病历数据库，推进医疗电子票据使用。探索人工智能、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。探索建立慢性病互联网诊治、第三方药品配送上门等服务新模式。

15. 健全完善医保协议管理

完善医保定点协议管理服务清单。根据国家医疗保障协议管理经办规程和政务服务清单，进一步完善医保定点协议管理服务清单，按照统一事项名称、统一事项编码、统一办理材料、统一办理时限、统一办理环节、统一服务标准等“六统一”要求完善协议管理，编制办事指南，并同步统一规范线上办理事项。

加强医保定点医药机构管理。对定点医药机构实行动态管理，建立与绩效考核挂钩的续签协议工作机制，规范定点医药机构基础信息和其他重要协议事项变更备案管理。适应人口老龄化、群众多元医疗需求，及时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。推动定点医药机构医保精细化管理，建立考核评价机制，加强绩效考核结果与应用挂钩。促进定点医疗机构强化内部管理，将协议管理相关的稽核由定点医疗机构延伸到科室、医师。

16. 加强人才队伍建设

加强医疗保障人才培养和培训机制建设。坚持存量和增量并重，不断提高全市医疗保障队伍整体素质，优化医疗保障队伍结构。注重引进医保专业技术人才，扩充医保人才队伍，从编制、待遇、职称晋升方面给予保障。争取国家和省支持，培养一批优秀的医疗保障业务骨干和青年人才。加强激励考核，加大优秀人才褒奖力度，激发队伍活力。探索建立联合培养机制，与高等院校、科研院所等机构开展战略合作，为医疗保障事业发展提供人才保证和智力支持。

打造专业化医疗保障队伍。根据实际工作需要，合理配置基金监管和经办服务队伍数量。鼓励医保工作人员加强业务学习，紧跟时代步伐和实际工作变化需要，提升自身专业化水平，将所学应用实际工作，着重打造业务精湛、素质过硬的医保基金监管和经办服务队伍。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。提升基金监管人员的理论知识储备和实践能力。创新业务培训方式，促进提升基金监管专业化、规范化水平。建立覆盖市、县（区）、乡镇（街道）、村（社区）的医保服务网络，设置专职或兼职服务人员，大力推进服务

下沉。定期组织开展学习培训，提升基层医保经办服务能力。开展医疗保障经办服务能力评选活动，鼓励基层经办网点积极参与。

17. 强化法治保障

落实各项医保法律法规和制度规定。贯彻实施《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》等法律法规、制度规定，加强行政规范性文件制定和监督管理，合法依规开展医保工作。

规范医保行政执法行为。按照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，行政执法自由裁量权，维护医保基金安全，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、重大执法决定法制审核等制度，完善“双随机、一公开”检查机制。落实医保亮证执法要求。完善行政复议和行政应诉案件处理工作机制，提高依法行政水平。

加强医保普法和培训工作。利用线下宣传和线上多媒体平台等多种方式，开展全市医保普法宣传活动，引导全社会增强医保法治观念，营造“人人知法、人人守法”的良好环境。积极开展医保相关法律知识学习培训，有效促进医保队伍准确理解和把握政策要点，依法合规开展基金监管等医保工作。

五、保障措施

（七）加强组织领导。

始终坚持党对医疗保障工作的领导，按照国家医疗保障顶层设计和福建省要求，规范和完善医疗保障制度体系，为全市医疗保障制度改革创新和高质量发展提供根本保证。落实政府在规划组织实施方面的责任，把医疗保障制度改革作为重要任务，确保规划如期实现。建立完善部门协同机制，加强医疗保障与财政、发展改革、卫生健康、税务、民政、乡村振兴、市场监管、药品监管、人力资源和社会保障、公安、审计等部门的沟通协调，细化分解规划各项任务目标，共同推进规划实施。

（八）强化投入支撑。

围绕各项重点任务和工程，完善政府对医疗保障的投入政策，按照事权和支出责任相适应的原则，科学合理划分医疗保障领域市县财政事权和支出责任，建立公平、合理、可持续的负担机制。动员全社会力量共同参与医疗保障事业发展改革。完善人才培养经费保障，为培养和培训人才提供必要经费支撑。

（九）加强监测评估。

建立完善规划实施监测评估机制，定期对规划实施进度和实施效果开展全面评估，通过自评与第三方评估相结合的方式，及时发现问题，提出对策措施，督促整改落实。强化监测评估结果应用，确保规划约束性指标、重点任务、工程的实施质量和效果。发挥群众监督作用，鼓励广大人民群众和社会各

界通过互联网等多种途径提出对规划实施的意见和建议。

（十）营造良好氛围。

加强规划宣传引导，大力宣传“十四五”时期我市医疗保障改革政策及实施效果。及时回应社会关切，合理引导社会预期，调动社会各界参与规划实施的主动性和创造性，在全社会营造关心规划、自觉参与规划实施的良好氛围和舆论环境。