

江西省人民政府办公厅文件

赣府厅发〔2021〕34号

江西省人民政府办公厅关于印发 江西省“十四五”全民医疗 保障发展规划的通知

各市、县(区)人民政府,省政府各部门:

《江西省“十四五”全民医疗保障发展规划》已经省政府同意,现印发给你们,请认真抓好贯彻落实。



(此件主动公开)

江西省“十四五”全民医疗保障发展规划

本规划根据《中华人民共和国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》《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》和《江西省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》编制。规划编制期为 2021 年至 2025 年,远期展望到 2035 年。本规划主要阐明“十四五”时期江西省全民医疗保障发展的总体思路、发展目标、主要任务和重大政策措施,是“十四五”时期江西省全民医疗保障发展的综合性、基础性、指导性文件。

第一章 在新的起点上开创医疗保障发展新局面

“十四五”时期是深化医疗保障制度改革,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关键阶段。各级医疗保障部门要认真贯彻党中央、国务院和省委、省政府的决策部署,始终坚持以人民健康为中心,加快推进建立覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系,推进医疗保障事业全面发展,促进健康中国、健康江西建设战略实施,使群众有更多获得感、幸福感、安全感。

第一节 发展基础

“十三五”时期,省委、省政府高度重视人民健康,组建省医保

局,印发《江西省深化医疗保障制度改革实施意见》,指明了未来一个时期加快构建覆盖全民的高质量医疗保障制度体系方向。全省各级医疗保障部门积极践行“人民至上、生命至上”医保初心使命,坚持改革创新、攻坚克难、稳中求进。省委、省政府确立的医疗保障“1235”工程持续推进、落地见效。全省医疗保障事业改革取得新发展、迈上新台阶,全面完成了“十三五”时期各项任务,为提高人民健康水平提供了坚实保障。

医疗保障制度体系更加完善。省委、省政府出台《江西省深化医疗保障制度改革实施意见》等制度建设顶层设计文件,构建基本医保、大病医保等补充医疗保险与医疗救助三重保障为主体的江西医疗保障体系。省政府办公厅出台《江西省深化医疗保障基金监管制度体系改革实施方案》(赣府厅字〔2020〕90号),确立了江西医保基金监管“1+6+3+5”制度体系。全省城乡居民基本医疗保险制度基本建立,统筹层次由县(区)级统筹提升为市(地)级统筹,生育保险和职工基本医疗保险合并实施并全面推进。长期护理保险制度试点取得良好经验。医疗互助稳步发展,商业健康保险长足发展,更好地满足人民群众多元化健康需求。

医疗保障制度稳健运行。全省医疗保障筹资水平与全省经济社会发展 and 居民收入相适应的动态调整机制基本形成,税务征缴职责平稳划转,覆盖全民的医疗保障体系稳健运行。截至2020年底,全省基本医疗保险参保人数4780万人,参保覆盖率保持在95%以上。基本医疗保险基金(含生育保险)总收入620.22亿元,

总支出 552.69 亿元,医保累计结余 672.64 亿元,其中职工医保可支付月数 23.22 个月,城乡居民医保可支付月数 9.74 个月。全省推进医保、医疗、医药联动改革,基金支出不断规范,待遇保障水平稳步提高。全省职工和居民医保政策范围内报销比例持续稳定在 82%和 72%以上。全省生育保险参保人数 372 万人,12.5 万人次享受生育保险待遇。

医保扶贫决战决胜。坚持精准共享、精准识别,精准施策、精准发力,精准帮扶、精细化管理,全省 281.6 万农村建档立卡贫困人口和 36.2 万城镇困难群众实现应保尽保,为贫困群众织牢基本医保、大病保险等补充医疗保险与医疗救助三道保障线,贫困人口医疗费用负担经三道保障线和其它健康扶贫政策综合保障后明显减轻。全面落实城乡居民门诊统筹政策,全省定点乡镇卫生院门诊统筹开通率、产权公有村卫生室即时结算率、新冠肺炎疫情期间“长处方”报销率均达 100%。

重点改革成效明显。全省共有 9 个设区市获得国家级试点,先行先试推进各项改革。上饶市疾病诊断相关分组(DRG)改革试点模拟运行工作走在全国前列。赣州市、宜春市和鹰潭市区域点数法总额预算和按病种分值付费国家试点迅速推进。南昌市从 2013 年起实行总额控制下的按病种分值付费,取得良好成效,并于 2019 年从“病种分值”向“病组分值”升级。按病种分值付费为主的多元复合支付方式改革全面铺开。组织开展特药谈判,一批救急救命的好药纳入医保支付范围,医保药品目录不断调整完善。

推进定点医药机构同城互认,医疗机构和零售药店定点管理办法逐步完善,医保协议管理更加规范。城镇居民基本医疗保险与新型农村合作医疗全面整合,建成统一的城乡居民基本医疗保险和大病保险制度。城乡居民高血压、糖尿病患者门诊用药保障机制普遍建立。“互联网+医疗健康”初步纳入医疗保险支付探索。基本医疗保险药品支付标准、医疗服务价格改革和药品、医用耗材招标采购制度改革持续推进,药品、医用耗材集中带量采购在深化医药服务供给侧改革中的引领作用充分发挥,高值医用耗材治理力度不断加强。医药价格管理体系和招采信用评价制度基本建立,医疗服务价格动态调整机制进一步完善,医保基金战略购买作用逐步显现。

医疗保障基本公共服务能力稳步提高。持续深化医疗保障领域“放管服”改革,全省医疗保障行风建设成效显著,行风建设近年来名列全国第六位或第七位。医保经办机构管理体系不断完善,管理服务能力进一步提高。异地就医直接结算率、清算率不断提高,协同管理机制不断完善,异地就医备案信息化渠道实现全覆盖。全省大力推进医保服务便民举措,加快打通医保惠民为民服务“最后一公里”,全面提升医疗保障经办服务的便捷度。全省 12 个统筹区医保服务热线全部接入政府 12345 政务服务便民热线平台,建立并畅通医疗保障投诉咨询服务渠道。“医保爱民、医保为民、医保护民、医保惠民”得到充分体现。

医疗保障发展基础不断夯实。全省严厉打击欺诈骗保行为,

始终保持监管高压态势,定点医药机构监督检查实现全覆盖,自开展打击欺诈骗保行动以来,处理违法违规定点医药机构 3.5 万家,追回医保资金 16.15 亿元。监管方式创新、信用体系建设、智能监控国家试点示范加快推进,部门协同、社会参与共护基金安全的工作格局持续完善,基金监管规范化、专业化水平不断提升。宜春高安市、抚州市、吉安市、赣州市、南昌市在 2020 年“两试点一示范”城市国家终期评估中获得优秀等次。我省医保基金监管综合成效连续两年位居全国第一方阵。医疗保险信息化、标准化、专业化、职业化建设进一步健全,基层公共服务条件明显改善,公共服务水平得到提升。医疗保障领域法治建设和人才队伍建设取得新的进展,医疗保障人才队伍能力素质、专业水平和执法能力、执法水平、执法手段不断提高,依法行政能力进一步提升。

疫情防控阻击战取得重大成果。积极投入抗击新冠肺炎疫情中,及时出台有关政策,将新冠肺炎诊疗救治纳入医疗保险基金支付范围并预付部分资金。向 109 家救治定点医疗机构预付医保基金 3.95 亿元,并开展新冠肺炎患者医疗费用结算工作,截至 2020 年 12 月底,我省共结算新冠患者医疗总费用 4347.34 万元,医保基金支付 2456.83 万元,医保平均支付比例 56.51%,实现了确保患者不因费用问题影响就医、确保收治医院不因支付政策影响救治的“两个确保”有力实施。同时,全省加大医疗保险基金预拨力度,加强医疗费用即时结算工作,通过采取“减征缓缴”等措施,助力企业复工复产,支持医疗机构平稳运行。有效地实现了“不见面

办”“及时办”，减少了人员聚集，方便了群众办事，体现了我国社会主义制度的优越性。全省共有1个基层医保单位和2名基层医保干部荣获全国医保系统抗击新冠肺炎疫情先进集体和先进个人表彰，1个处室荣获省委、省政府“江西省抗击新冠肺炎疫情先进集体”称号。

“十三五”时期江西省医疗保障事业的持续稳步发展，有效解除群众疾病医疗费用负担，保障群众身体健康，群众获得感持续增强，对维护改革发展稳定大局做出了积极贡献，为今后全省医疗保障事业的发展奠定了坚实基础。

“十三五”时期医疗保障主要指标完成情况			
指 标	2015 年 基数	“十三五” 规划目标	2020 年 完成数
1. 基本医疗保险参保人数(万人)	4500	4550	4780
2. 基本医疗保险参保覆盖率(%)		95 以上	95 以上
3. 生育保险参保人数(万人)	251	300	372

十三五时期其他医疗保障指标完成情况				
指 标				备注
1. 基本医疗保险基金 (含生育保险)	总收入(亿元)	总支出(亿元)	累计结余(亿元)	
	620.2	552.7	672.6	
2. 医保可支付月数	职工医保(月)	城乡居民医保(月)		
	23.2	9.7		
3. 政策范围内报销比例	职工医保(%)	城乡居民医保(%)	城乡贫困群众(%)	持续稳定
	82	72	90	
4. 跨省异地就医直接 结算	结算人次(万人次)	结算金额(亿元)		
	21.5	29.1		
5. 省内异地就医直接 结算	结算人次(万人次)	结算金额(亿元)		
	160.2	33.8		

第二节 发展形势

党中央、国务院高度重视医疗保障工作，习近平总书记明确指示将医疗保障工作作为重要的民生保障制度推进实施。省委、省政府高度重视医疗保障和改善民生，出台《江西省深化医疗保障制度改革实施意见》，提出深化医疗保障制度改革，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展战略，将医疗保障事业摆在经济社会发展更加突出的位置，为高质量推进我省医疗保障改革发展提供了有力的政治保障。“十四五”时期，新一轮产业革命正在催生新经济，高质量发展推动实体经济、科技创新、现代金融及人力资源协同发展，国家经济已由高速增长阶段转向高质量发展阶段，正处在转变发展方式、优化经济结构、转换增长动力的攻关期。同时，健康观念转变，推动产业链向高价值环节延伸。

未来五年，我国人口发展进入关键转折期，人口自然增长率长期低于预期、人口老龄化程度不断加深，对医疗保障和长期护理保障的需求持续上升，慢性疾病成为威胁健康主要因素，新冠肺炎疫情全球大流行影响深远，都对医疗保障事业发展带来了一系列新挑战，全省医疗保障工作仍面临较大压力。医疗保障发展不平衡、保障不充分、改革不协同、管理不精细问题仍然存在。医疗保障体系在增强公平性、适应流动性、保证可持续性方面有待加强。征缴扩面空间缩小，基金平衡安全矛盾突出。江西省医疗保障“1235”工程建设还需进一步加大推进力度。脱贫人口医保扶贫长效机制

亟需建立。“互联网+医疗健康”纳入医疗保险支付需由探索阶段向全面实施阶段推进。基本医疗保险药品支付标准、医疗服务价格改革和药品、医用耗材招标采购制度改革需进一步深化。医保基金监管形势依然严峻,监管制度体系和执法体系有待建立完善,长效监管机制需要加快构建。做实市(地)级统筹,实行市(地)级医疗保险基金统收统支,进一步实现省级统筹的任务仍然艰巨。医保立法和执法基础还比较薄弱,信息化、标准化仍不能适应改革发展需求,医疗保险人才队伍建设与实施医疗保障和医药服务高质量发展协同发展战略的要求还有一定差距。基层基础建设和公共服务能力水平仍需提高。

医疗保障部门作为宏观调控的重要参与者、社会管理和市场监管的重要执行者、公共服务的重要提供者、社会公平正义的重要维护者,要深刻认识“十四五”时期医疗保障事业面临的新形势、新任务、新要求,准确把握新业态、新模式巨大发展潜力的深刻变化,坚持完善法治、依法监管,坚持惩戒失信、激励诚信,构建全领域、全流程的基金安全防控机制,维护社会公平正义,更加有效地应对各种风险和挑战。医疗保障工作必须立足新发展阶段,把握新形势、新要求,增强机遇意识和风险意识,坚守为民服务初心,强化底线思维,振奋精神,勇于担当,积极进取,为实现高质量发展、更好保障人民健康和生命安全,促进医疗保障制度健康持续发展,不断开创医疗保障事业发展的新局面,促进人的全面发展和全体人民共同富裕作出新贡献。

第三节 指导思想

坚持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二中、三中、四中、五中全会精神,按照党中央、国务院决策部署和省委、省政府、国家医保局的工作要求,坚持“千方百计保基本、始终做到可持续、回应社会解民忧、敢于担当推改革”的工作方针,牢牢把握全面建立中国特色医疗保障制度工作主线,坚持以人民健康为中心,推动医疗保障治理体系和治理能力现代化。深入实施医疗保障和医药服务高质量协同发展战略,积极助推健康江西建设战略、乡村振兴战略,深入推进医保支付方式、药品和医用耗材集中招采制度、定点医药机构监管制度“三项改革”。全力打造“智慧医保、公平医保、阳光医保、满意医保、责任医保”,加快建立具有江西特色的覆盖全民、统筹城乡、公平统一、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系,推动医疗保障事业协调可持续发展,不断提升医疗保障基本公共服务能力和水平,提高群众医疗保障获得感和满意度,为描绘好新时代江西改革发展新画卷贡献力量。

第四节 基本原则

——把握主线、创新发展。全面把握建立中国特色医疗保障制度的工作主线,牢固树立以人民为中心的发展思想,以打造群众满意的医疗保障服务为目标,把创新摆在医疗保障发展的核心位置,坚持创新发展,实施更加系统、更加高效、更高质量的医疗保

障,不断提升医疗保障治理体系和治理能力现代化水平,实现好、维护好、发展好最广大人民的健康权益。

——覆盖全民、公平统一。基本医疗保障依法覆盖全民,遵循普惠公平、互助共济、权责匹配的原则。持续推动政策规范统一,加强顶层设计,提高基本医疗保障公平性,有效化解重大疾病风险。坚持促进公平、筑牢底线,强化制度公平,以制度公平保障群众权利公平,逐步缩小待遇差距,增强对生活困难群众基础性、兜底性保障。

——保障基本、持续稳健。坚持应保尽保、保障基本,坚持尽力而为、量力而行,坚持持续稳健、防范风险。科学确定筹资水平,充分考虑地区发展差异,均衡各方缴费责任。集中攻坚克难,实事求是确定保障范围和标准,防止保障不足和过度保障,加强统筹共济,防范化解基金运行风险,确保制度可持续、基金可支撑。

——协同高效、普惠共享。坚持治理创新、协同高效、优化服务,提高医保治理社会化、法治化、标准化、智能化水平。增强医保、医疗、医药联动改革和发展的整体性、系统性、协同性。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。加强和改进医疗保障领域的公共服务,强化社会监督,保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

第五节 主要目标

按照《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》

和《江西省深化医疗保障制度改革实施意见》的改革发展目标,紧密结合我省医疗保障事业改革发展实际,综合考虑我省经济社会发展趋势和医疗保障发展条件,坚持目标导向和问题导向相结合,守正创新、稳中求进,统筹确定未来五年医疗保障改革发展的主要目标。

——建设智慧医保。医疗保障信息化、标准化全面加强,医保管理服务数字化、智能化水平显著提升,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,便利性显著提升。

——建设公平医保。实现法定人员全覆盖,到“十四五”期末,全省基本医疗保险参保覆盖率稳定在95%以上。待遇更加公平适度,保障水平与经济发展水平更加适应,制度间、人群间、区域间差距逐步缩小,公共服务体系更加健全。医疗保障制度改革全面推进,医疗保险市地级统筹全面做实,省级统筹稳步推进。医疗保障待遇清单制度建立健全,人民群众基本医疗保障权益公平适度。

——建设阳光医保。全面推行政务公开,不断优化医保官网和公众号建设,创新公开方式,拓展公开领域,打造医保阳光政务,医疗保障基本公共服务能力和水平进一步提升。促进医保阳光、高效、健康、有序运行。

——建设满意医保。全面优化办事流程,持续改进服务质量。不断完善医疗保障标准化、信息化和智能化应用平台,提高医保经办效率。防范化解因病返贫致贫长效机制基本建立,医疗保障服

务水平稳步提升,医保管理服务更加优化便捷,医保服务让人民更加满意。

——建设责任医保。医疗保障法治体系建设更加完善,制度政策法定化程度明显提升。医疗保障筹资机制进一步完善,医保基金绩效管理进一步加强。基本医疗保险用药管理水平显著提高,定点医药机构管理更加规范,医保支付方式改革普遍实施。基金监管体制机制进一步健全,智能监控广泛应用,医疗保障失信惩戒、社会监督激励制度机制不断完善,打击欺诈骗保高压态势持续巩固,基金运行安全稳健。

到 2035 年,在全面建成中国特色医疗保障制度体系的基础上,全省基本医疗保障制度实现规范统一,多层次医疗保障体系更加成熟,医保经办管理体系全面建成,医保、医疗、医药协同治理格局总体形成,中国特色医疗保障制度优越性充分显现,全人群、全方位、全生命周期医疗保障能力显著提升,中国特色医疗保障治理体系和治理能力现代化基本实现,全民医疗保障向全民健康保障积极迈进。

“十四五”时期医疗保障主要指标与预期目标			
指 标	2020 年基数	2025 年目标值	属性
1. 基本医疗保险参保覆盖率(%)	95 以上	稳定在 95 以上	约束性
2. 基本医疗保险(含生育保险)基金收入(亿元)	621	收入规模与经济社会发展水平更加适应	预期性
3. 基本医疗保险(含生育保险)基金支出(亿元)	553	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	预期性

4. 基本医保政策范围内住院报销比例(%)	职工	80 左右	稳定在 80 以上	约束性
	城乡居民	70 左右	稳定在 70 以上	约束性
5. 重点救助对象符合规定的门特慢和住院救助费用比例(%)		——	70	约束性
6. 住院费用按 DRGs 或按病种付费覆盖面	12 个统筹地区		覆盖 100%	预期性
7. 公立医疗机构通过药品和医用耗材招采管理子系统线上采购	药品 75% 左右、医用耗材平台采购很少		药品达到 90%、高值医用耗材达到 80%	预期性
8. 集中带量采购品种	药品 112 个品种、高值医用耗材 1 类		药品 400 个品种以上、高值医用耗材 5 类以上	预期性
9. 住院费用跨省直接结算率(%)	35		70 以上	预期性
10. 医疗保障政务服务满意率(%)			85 以上	预期性
11. 医疗保障政务服务事项线上可办率(%)			80 以上	预期性
12. 医疗保障政务服务事项窗口可办率(%)			100	预期性

第二章 健全多层次医疗保障制度体系

第一节 完善公平的基本医疗保障机制

优化医疗保障筹资机制。均衡个人、用人单位和政府三方筹资责任。严格执行国家确定的职工医疗保险基准费率制度,合理确定费率,实行动态调整,规范职工基本医疗保险缴费基数。探索建立城乡居民基本医疗保险缴费与经济社会发展水平和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。研究应对老龄化医疗负担的多渠道筹资政策。

完善基本医保待遇保障机制。完善门诊费用保障,建立健全

职工基本医疗保险门诊共济保障机制,改进职工基本医疗保险个人账户计入办法。稳步推进职工基本医疗保险普通门诊统筹,合理引导群众预期,巩固稳定基本医保住院费用待遇保障水平,稳步提高门诊待遇保障能力。巩固稳定城乡居民医保住院费用待遇保障水平,深化城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制。完善和规范城镇职工和城乡居民大病保险制度、企业补充医疗保险制度等,强化保障功能,提高保障能力。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。

提高基金管理水平。全面做实基本医疗保险市(地)级统筹,支持有条件的设区市推进市(地)级以下医疗保障部门垂直管理。按照分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核的思路推进省级统筹。推动医疗救助统筹层次与医疗保险统筹层次相协调。强化基金管理,科学编制医疗保障基金收支预算,确保基金收支平衡。建立基金预算绩效管理体系,开展基金运行绩效评价,提高基金管理水平,逐步缩小地区间差距。

落实医疗保障待遇清单制度。在基本制度框架内科学确定基本政策、基金支付项目和标准。实施公平适度保障,依规动态调整,促进医疗保障制度法定化、决策科学化、管理规范。纠正过度保障和保障不足问题。

完善医疗救助制度。按照国家统一部署,落实分类资助参保政策,做好城乡困难居民参保动员工作。完善统一规范的医疗救助制度,明确救助费用范围,严格执行基本医保“三个目录”规定,

合理确定救助水平和年度救助限额,按规定做好分类救助,筑牢民生托底保障防线。

健全重大疫情医疗保障机制。确保突发疫情等紧急情况时医疗机构先救治、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。探索建立重大疫情特殊群体、特定疾病医药费用豁免制度,按照国家规定有针对性免除医保目录,继续对基层医疗机构实行差别化支付政策,实现公共卫生服务和医疗服务有效对接。

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,完善生育保险政策,巩固扩大生育保险覆盖面,做好生育保险生育医疗费用、生育津贴待遇保障。统筹医疗保障基金和公共卫生资金使用,继续做好城乡居民医保参保人员生育医疗费用待遇保障。

探索长期护理保险制度。积极应对人口老龄化,坚持以人为本、独立运行,保障基本、责任共担,机制创新、统筹协调,按照国家部署,力争基本形成适应我省经济发展水平和老龄化发展趋势的长期护理保险制度政策框架。在上饶长期护理制度保险试点经验的基础上,按照国家规定,明确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。探索适宜的支付方式。根据护理等级、服务提供方式等不同特点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的衔接。完善管理服务机制,明确服务内涵,服务标准以

及质量评价等技术管理规范,按照全国统一的长期护理保险失能等级评估标准、长期护理保险需求认定和等级评定标准体系,制定待遇申请、资格审定及变更等管理办法。建立符合险种特点的经办管理服务体系,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,加强长期护理保险信息化建设,提高经办管理服务能力和效率。

第二节 巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果

规范资助参保政策。对特困人员参加城乡居民基本医保实行全额资助参保,除特困人员外其它资助对象实行定额资助参保,过渡期内逐步调整资助参保政策。

规范待遇享受政策。推进基本医疗保险统筹区内政策统一、待遇普惠。统筹发挥基本医疗保险、大病保险等补充医疗保险、医疗救助三重保障制度综合梯次减负功能。大病保险继续对特困人员、低保对象和返贫致贫人口等进行倾斜支付,逐步提高大病保障水平。充分发挥医疗救助托底保障作用,根据困难程度分类设定救助标准和年度救助限额。

建立健全防范因病返贫致贫长效机制。依托农村低收入人口监测平台,做好因病返贫致贫风险监测,建立健全防范因病返贫致贫的主动发现机制、动态监测机制、信息共享机制、精准帮扶机制。根据个人年度费用负担情况,分类明确因病返贫和因病致贫监测标准。建立依申请救助机制,将发生高额医疗费用

的易返贫致贫人口和因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者纳入医疗救助范围,对其经基本医保、大病保险支付后,符合规定的个人自付费用予以一定救助,防止因病返贫致贫。

第三节 积极促进多层次医疗保障健康发展

鼓励发展商业健康保险。鼓励商业健康保险产品创新,鼓励商业保险机构创新完善保障内容,加强产品创新,提供包括医疗、疾病、康复、照护和生育等多领域的综合性医疗保险产品和服务,做好与基本医疗保险的无缝衔接。发挥商业健康保险在健康保障领域的作用,引导商业保险机构创新完善保障内容,提高保障水平和服务能力。

完善医疗保障政策支持体系。支持商业保险机构发展标准化、普惠型保险产品,更好满足多层次保障需求。按照国家规定加强信息系统对接,建立信用管理协同机制。用足用好商业健康保险个人所得税政策,鼓励企业使用税前列支优惠政策为职工购买商业健康保险等促进个人税收优惠型保险发展。依法依规探索推动基本医疗保险和商业医疗险经办服务资源共享。

规范慈善医疗救助、医疗互助发展。支持医疗互助发展,不断壮大慈善救助。鼓励社会慈善捐赠,规范发展网络慈善医疗捐赠,统筹调动慈善组织参与医疗救助积极性,鼓励慈善组织设立大病救助项目。加强对慈善救助、网络募捐平台等各类社会力量医疗

救助行为监管,形成对医疗救助的有益补充。

第三章 完善医疗保障协同治理体系

第一节 改革完善医药价格形成机制

深化药品、医用耗材集中带量采购制度改革。落实国家组织药品、医用耗材集中采购和使用工作。常态化制度化推进我省药品集中带量采购工作,分层、分类、分批开展我省医用耗材集中带量采购工作。依托全国统一的医保信息平台,以建设全省医疗保障信息平台为基础,打造招标、采购、交易、结算和监督一体化的省级集中采购平台,推进公立医疗机构所需药品和医用耗材全部按要求从省级集中采购平台采购。完善相关配套政策,推进医保基金与医药企业直接结算,落实医保资金结余留用激励措施,促进中选产品优先采购使用、合理使用,鼓励社会办医疗机构、药店参与集中招标采购。

完善医药服务价格形成机制。建立以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制。探索推进药品医用耗材阳光挂网采购工作,引导采购价格回归合理区间。加快建立并实施医药价格和招采信用评价制度,全面落实信用评价及约束措施,治理药品、医用耗材价格虚高,促进医药行业高质量发展。

按照国家统一部署,积极参加国家“医药价格监测工程”,强化监测制度保障,加强医药价格监测能力建设,推广监测信息数据应用。

稳妥有序探索实施医疗服务价格改革。持续推进医疗服务价格管理,完善定调价规则和程序,探索建立适应社会发展、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。加强医疗服务价格项目管理,健全医疗服务价格项目进入和退出机制,加快审核新增医疗服务价格项目。建立医疗服务价格项目科学确定、灵敏有度的动态调整机制,持续优化医疗服务价格结构和比价关系。提升医疗服务项目信息化管理水平,形成以价值为导向的医疗服务价格评估机制,提高医疗服务价格治理的社会化、标准化、智能化水平。

第二节 持续优化医疗保障支付机制

建立健全医保药品目录动态调整机制。积极按照国家部署要求,参与国家“医保目录药品监测评估工程”,遵照国家管理规范,全省统一建立和实施医保目录药品配备、使用、效果评价规则和指标体系,为医保药品目录调整和确定支付标准提供依据。研究探索罕见病用药保障机制,建立完善中药饮片、医疗机构制剂等医保药品目录动态调整机制,将临床价值高和经济性评价优良的药品纳入我省医保支付范围。加强医保药品目录落地情况监测和创新药评价,推进医保药品目录调整的信息化的、标准化、规范化,健全退出机制,调整优化医保目录。建立健全医保药品支付标准。以谈判药品、集采药品和“两病”用药支付标准为切入,推动药品目录管理和支付标准相衔接。

加强医用耗材目录管理和医疗服务项目管理。按照国家规定全省统一制定本省医保医用耗材目录,探索制定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。建立科学、公正、透明的医疗服务项目动态调整机制,完善医保医疗服务项目范围管理,规范医疗服务设施支付范围,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。促进医疗服务新技术有序发展。支持疗效和成本有优势的中医医疗服务项目按规定纳入基本医疗保险支付范围。提升医疗服务项目、医用耗材和医疗服务设施支付范围管理水平。

医保目录药品监测评估工程
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,及时了解挂网、使用和医保支付情况。监测医保目录药品同治疗领域药品使用、支付、临床表现情况。 建立评估机制。根据国家医保局组织专家建立的科学评估框架和指标体系,对药品使用相关数据进行评估,为目录调整和确定支付标准提供依据。 重点围绕谈判药品进行管理监测,推进谈判药品落地,确保谈判药品合理、规范使用。 加强创新药信息评价。强化对创新药创新性、经济学评价,及时评估其安全性、有效性情况。

加强医保定点管理。推动定点医疗机构和定点零售药店管理办法有效实施,完善定点医药机构协议管理。规范经办机构、医药机构与医保行政部门管理责权关系,健全医药机构与经办机构之间的信息沟通机制,简化、优化医药机构的定点申请、专业评估、协商谈判程序。坚持总量控制、合理布局,将符合条件的医药机构纳入协议管理范围。支持“互联网+医疗”等新服务模式发展。统一全省医保经办机构经办规程,加强考核监督,完善绩效考核办法和定点医药机构退出机制。

持续推进医保支付方式改革。鼓励各统筹地区结合实际,选择适合本地的按病种(病组)付费为主的多元复合式医保支付方式。推动全省范围内普遍实施按病种(病组)付费为主的适应不同疾病、不同服务特点的多元复合式医保支付方式。继续推进按 DRG 付费国家试点、区域点数法总额预算和按 DIP 付费国家试点等工作。按照国家医保局的部署要求,稳妥有序扩大按疾病诊断相关分组或按病种分值付费的覆盖面。

大力推进大数据在医保支付方式中的应用,完善医保基金总额预算办法,实施国家制定的点数法与地区医保基金总额预算管理、按床日付费、按人头付费等技术规范,提高支付方式标准化、规范化程度。引导医疗机构主动控制成本,规范诊疗行为。

探索符合中医药特点的医保支付方式,发布中医优势病种,鼓励实行中西医同病同价。鼓励引导基层医疗机构提供适宜的中医药服务。

配合健全门诊共济保障,总结推广家庭医生签约服务与按人头付费有效做法,引导合理就医管理。探索门诊支付方式改革,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式支付方式。

探索对紧密型县域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。引导医疗机构主动控制成本,严控目录外不合理费用增长。开展支付方式绩效考核和监管。

医保支付方式
医保总额预算管理: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,将总额控制目标细化分解到各级各类定点医疗机构。积极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)医保基金总额控制代替具体定点医疗机构总额控制。 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,对不同病种赋予不同分值,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。 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定点医疗机构诊疗成本与疗效测量评价。 按床日付费: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。 按人头付费:依托基层定点医疗机构推行门诊统筹按人头付费,促进基层定点医疗机构提供优质医疗服务。可以从糖尿病、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。 按项目付费:对不宜打包付费的复杂病例和门诊费用,可按项目付费。

建立健全协商谈判机制。健全医保支付协商谈判机制,平衡医保基金和医疗服务机构利益,构建多方利益趋同的新型服务供需格局。完善“以收定支、收支平衡、略有结余”的总额预算编制机制,深化住院与门诊、药品(耗材)与医疗服务、统筹区内就医与转外就医等之间的分期预算机制,制定针对不同支付方式的医疗服务行为监督管理办法,健全与医疗质量、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。

第三节 健全严密有力的基金监管体制机制

提高监管法治水平。贯彻执行国家医保基金使用监督管理条例及其配套办法,推动出台《江西省医疗保障基金使用监督管理办法》。健全监督检查制度和执法机制,严格落实行政执法公示、执法全过程记录和重大行政执法决定法制审核制度。建立和完善部门间相互配合、协同监管的综合监管制度,推进信息互联互通,加

强联合执法,促进监管结果协同运用。建立健全打击欺诈骗保行刑、行纪衔接工作机制,对医保基金监管执法工作中发现的中共党员涉嫌违犯党纪和监察对象涉嫌职务违法、职务犯罪的问题线索,按规定及时移送纪检监察机关处理。

开展监管方式创新。深化医保基金监管制度体系改革,建立和完善日常巡查、专项检查、重点督查、交叉检查、专家审查、飞行检查等相结合的多形式检查制度,推进经办稽核、联合检查和“双随机、一公开”监管。积极推进“互联网+监管”,建立健全医保智能监控系统,推进医保费用直接结算、监管数据直接采集,强化对定点医药机构的事前提醒、事中监管、事后处置。健全信用管理制度,依法依规实施信用分级分类监管,加强对诚信行为的鼓励,依法依规开展对失信行为的公示、预警和惩戒。适应医保管理服务特点,督促落实定点医疗机构医保工作院长负责制。探索建立第三方力量驻院巡查制度,协助做好医保日常监督工作。完善欺诈骗保举报奖励制度,支持动员社会力量参与监管,实现政府治理和社会监督、舆论监督良性互动。

加强监管能力建设。建立基金监测工作机构,全面搭建“行政监管+经办稽核+基金监测”三位一体监管格局。抓好基金监管干部业务培训和廉政教育,全面落实基金监管行政执法责任制和问责制,推进监管队伍专业化、规范化。用好“打击欺诈骗保违法行为、维护医保基金安全”纳入设区市平安建设考核“指挥棒”,压实市县监管责任。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,健全经办内控规章制度,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。逐步建立信息披露制度,筑牢基金监管内控防线。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,推行按服务绩效付费,切实提升监管质效。

第四节 协同推进医药服务供给侧改革

促进医疗服务能力提升。发挥医保第三方优势,建立健全医保对医疗行为的激励约束机制以及对医疗费用的控制机制。健全医保经办机构与医疗机构间“协商谈判、总额管理、结余留用、合理超支分担”的激励和风险分担机制,提高医疗机构自我管理的积极性,促进医疗机构从规模扩张向内涵式发展转变。

提高医药产品供应和安全保障能力。建立药品专利链接制度,加快推进仿制药质量和疗效一致性评价,有序引入国际优质仿制药产品,适当增加更加多元化的集中采购参与主体,完善唯一标识政策,拓展医疗器械唯一标识在卫生、医保等领域的衔接应用。支持基本药物政策,推动药品临床综合评价结果运用。严格药品监管,完成基本药物、医保报销药物等药品信息化追溯体系建设,强化追溯信息互通共享,保障公众用药安全。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。逐步建立中标生产企业应急储备、库存和产能报告制度,保障集中采购药品供应,确保谈判药品

落地。支持药店连锁化、电商化发展,更好发挥药师的作用。

强化协商共治机制。探索形成医保利益相关方定期协商机制,建立健全医保经办机构、参保人员代表、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。开展区域协商共治试点示范,促进医药领域各利益主体协同发展。

推动区域医疗服务协调发展。按照国家“一带一路”、长江经济带、中部地区崛起、长江中游城市群等重大战略部署,协同推进赣南等原中央苏区振兴发展、赣江新区、国家生态文明试验区、鄱阳湖国家自主创新示范区、景德镇国家陶瓷文化传承创新试验区、江西内陆开放型经济试验区等国家战略,充分协调好各经济区之间医疗保障的发展,推动医疗保险扩大备案机构数量,实现定点信息互认,医疗费用直接结算和医疗资源共享。加强医药产品集中采购合作,降低群众医疗费用负担。推进医疗保障协同监管,维护医疗保险基金安全。实现各区域医疗保障工作协同创新,联动发展,互补发展。

第四章 优化医疗保障公共服务体系

完善医疗保障经办管理和公共服务体系,全方位推进线上线下公共服务融合发展,持续推进医保治理创新,优化医疗保障公共管理服务,提高保障质量,增强治理效能,为参保人员和单位提供更加便捷、优质、高效、精细的服务。

第一节 加强医保经办管理服务体系建设

完善经办管理制度,加快公共服务标准化、规范化建设,积极推动各项标准制定修订,建立统一规范的医疗保障基本公共服务和稽核监管标准体系。加强医疗保障公共服务机构内控部门和内控制度建设,紧扣工作流程和办事程序,制定风险管理台账,切实维护医保基金安全。统一经办规程、服务标识、窗口设置、服务事项、服务流程、服务时限。建立覆盖省、市、县、乡镇(街道)、村(社区)的医疗保障服务网络,依托乡镇(街道)政务服务中心、村(社区)综合服务中心,通过购买服务等方式,设立专兼职服务专员,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,提高医保经办管理服务可及性,打通医保服务“最后一公里”。

按照国家医保局部署,积极参与国家“医疗保障服务示范工程”,严格执行全国医疗保障管理服务窗口标准规范和示范窗口评定标准。全面完成国家医保局有关“医保经办服务示范窗口”“医疗保障基层服务示范点”“医疗保障定点医疗机构示范点”“智慧医保管理服务示范点”目标任务。

第二节 提高公共服务能力和水平

规范业务基础标准,根据实际情况适时修订全省医疗保障政务服务事项清单、办事指南和业务表格。坚持传统服务方式与智能化服务创新并行,不断提升服务质量,落实政务服务事项网上办

理,构建并完善“赣服通”医保专区服务。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,提升医疗保障适老服务水平。推进网上办事流程向提高适老性转变,支持老年人更多享受智能化成果,更好融入智能社会。形成线上线下多种形式多层次的医疗保障公共服务平台,努力打造群众满意的医疗保障服务。畅通医保咨询服务渠道。推进“12393”医保服务热线与“12345”政务服务便民热线深度融合,双号并行,探索实施医保服务“视频办”。建立健全跨区域医保管理服务协作机制。按照国家医保局部署和进度要求,积极做好我省医疗保障政务服务事项“跨省通办”工作,推进基本医疗保险关系转移接续、异地就医备案和门诊费用跨省直接结算等高频医疗保障政务服务“跨省通办”,推动门诊慢特病病种待遇认定、意外伤害待遇备案等政务服务事项“省内通办”,重点推进跨区域医疗保障基本公共服务管理一体化。

医疗保障政务服务事项“跨省通办”和“省内通办”
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”。 推动异地就医直接结算、基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定、基本医疗保险参保人员意外伤害待遇备案、异地安置退休人员备案、异地长期居住人员备案、常驻异地工作人员备案、异地转诊人员备案(含异地急诊)等政务服务事项“省内通办”。 加强部门间数据共享,提升“跨省通办”和“省内通办”数据共享支撑能力。 支持省内各级医保部门进一步拓展“省内通办”医保政务服务的范围和深度。

第三节 推行政务服务“好差评”制度

健全完善与医疗保障事业发展相适应的医保政务服务评价标

准体系和评价结果机制,实现“好差评”政务服务事项全覆盖、评价对象全覆盖、服务渠道全覆盖。依托全省统一的医疗保障信息平台,贯通全省各级各类线上线下评价渠道,实现全省“好差评”内容同标准提供、评价结果同源发布、差评结果在线反馈、评价数据统一归集。聚焦难点问题,明确优化便民服务措施。

医疗保障政务服务“好差评”提升工程
依托全省医保信息系统,实现全省“好差评”数据的统一收集分析。 单位和群众可对政务服务事项清单(经办服务事项清单和集中采购服务事项清单)内所有服务事项相关的服务机制、服务效率、服务收费、服务态度、服务水平、服务质量等开展评价。 委托第三方对我省“好差评”建设工作独立开展政务服务评估。 建立差评和投诉问题调查核实、督促整改和反馈机制。 实名差评回访率达到100%,原则上应在10个工作日内向评价人反馈整改情况。 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。

第四节 完善异地就医直接结算服务

加强异地就医信息化、规范化和标准化建设,提升异地就医精细化管理服务能力。统一基本医疗保险异地就医直接结算管理政策,完善住院费用异地就医直接结算,全面实现门诊费用跨省直接结算,提高异地就医直接结算率。完善异地就医协同机制,实现异地就医备案网上办理全覆盖,提高参保人员异地就医获得感。优化异地就医资金收支流程,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。

按照国家医保局部署,积极参与“国家异地就医结算能力建设工程”。严格执行全国统一的异地就医经办业务流程、标准规范。

严格跨省异地就医资金运行管理,提高资金使用效率和清算效率。加强异地就医协同管理,提高异地就医服务便捷性。

第五节 推进医疗保障服务创新

鼓励有条件的地区探索建立门诊慢特病互联网诊治、第三方药品配送上门的服务新模式。按照国家医保局统一部署,逐步实现医保结算服务新模式。进一步做好诊间结算、床边结算,推进医疗电子票据的使用,逐步实现手工医疗费用报销网上办理。

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,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各地政务服务、网上政务服务平台衔接,鼓励支持商业保险机构、银行等社会力量参与医保经办管理服务。发挥定点医疗机构医保部门作用,延伸经办管理服务网络。推动定点医药机构绩效考核结果与应用挂钩,推进定点医药机构医保精细化管理,提高医保协议管理的现代化治理能力。

保障参保人员权益。全面加强参保人员服务创新工作。稳定和扩大基本医疗保险覆盖率,加强医保政策宣传,完善用人单位依法参保制度,保障灵活就业人员参保需求,丰富参保缴费便民渠道,提高城乡居民参保积极性。完善新就业形态从业人员等灵活就业人员参保缴费方式,提升参保缴费服务便利性。落实持居住证参保政策,将非本地户籍灵活就业人员纳入参保范围,更好实现居民在常住地参保。保障持有居住证参加城乡居民医保的居民享

受户籍人口同等待遇。提高经办服务能力,进一步简化医保转移接续流程,依法维护参保人员医疗保障权益。

第五章 建立医疗保障信息化标准化服务保障体系

依托全国统一的医保信息平台,以建设全省医疗保障信息平台为基础,加强医保电子凭证推广应用,健全标准化工作机制,进一步提升大数据应用水平,为新时代医疗保障事业高质量发展提供强而有力的信息化支撑。

第一节 建设全省医疗保障信息平台

持续优化全省医疗保障信息平台服务能力,加强线上线下多渠道服务结合,构建江西省医疗保障便捷可及的服务经办体系。不断完善平台支撑能力,推进全省医疗保障基础设施集约化建设,实现监督管理方式智能化转变。健全医疗保障信息安全规章制度,完善江西省医疗保障信息安全标准体系,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,确保医疗保障信息平台运行安全,为医疗保障高质量发展提供坚实支撑。

江西省医疗保障信息平台
遵循全国一体化医疗保障信息平台建设要求,加快应用基金运行及审计监管、药品和医用耗材招采管理、公共服务、医疗保障智能监管、宏观决策大数据等应用子系统。 以医保信息化建设为抓手,推动江西省医疗保障“1235”工程的落地。构建江西省医疗保障便捷可及、规范高效、智能精准、安全可靠的服务支撑体系。

第二节 推广医保电子凭证应用

健全医保电子凭证服务体系,为实现所有医保经办机构和定点医药机构具备电子凭证应用条件,覆盖就医购药、公共服务、办理参保信息查询和经办机构日常管理等广泛多种应用场景,进一步提升参保人员满意度,加快形成以电子凭证为载体的医保“一码通”服务管理新模式。

第三节 提升医保大数据应用水平

推动云计算、区块链、移动互联网、物联网、人工智能、VR(虚拟现实)技术等信息技术在医疗保障行业中的应用,实现对医疗保障政策执行情况、业务运行情况、业务关联变化情况等信息的深入分析和数据挖掘。推进部门间数据有序共享,依托江西省电子政务共享数据统一交换平台,完善与人力资源社会保障、税务等部门的数据共享机制,强化医保信息多部门互联共享,进一步提升治理水平。

第四节 健全标准化工作体系

按照全国统一部署,建立医疗保障业务上下联动、部门协作、职责分明的标准化工作机制,形成与医疗保障改革发展相适应的标准化工作体系。积极实施国家标准、行业标准、团体标准,并逐步健全地方标准。推进部分标准与卫生健康、药监等部门的互建

共治共享机制,为“两定”医药机构提供明确的标准服务。组建各类标准咨询专家团队,提升管理服务水平。健全医保编码信息维护、审核、公示、发布的常态化工作机制,强化医疗保障标准日常管理维护,完善落地应用长效机制,促进医保治理能力提升。

第六章 构筑坚实的医疗保障支撑体系

“十四五”时期全民医疗保障创新发展的任务十分艰巨,必须紧扣目标任务,广泛动员和吸纳各方力量,采取切实可行措施,按时实现本规划目标任务。

第一节 全面推进医疗保障法治建设

坚持重视法治、厉行法治,充分发挥法治固根本、稳预期、利长远的保障作用,不断推动法治思维、法治理念、法治方式贯穿医疗保障工作全过程、全链条、全环节。

加快《江西省医疗保障基金使用监督管理办法》立法工作步伐,推动制定和修订相关地方性法规及规章,完善医疗保障行政处罚程序,进一步健全全省医疗保障法律政策体系。

加强行政规范性文件制定和监督管理,全面落实医疗保障法规政策、规范性文件和重大行政决策、执法决定的合法性审查制度,保证其合法性、有效性,促进医疗保障制度法定化、决策科学化、管理规范。动态调整医疗保障权力清单、责任清单和公共服务事项清单,保证行政权力的时效性和准确性。完善行政应诉工

作制度。

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。强化医保执法人员业务培训,通过普法知识竞赛、普法宣传活动,增强依法行政、公正执法的意识,提高执法水平。

第二节 强化财政保障

加强全民医疗保障发展规划与省级中期财政规划实施的衔接协调,政府合理安排预算,保障医疗保障必要投入。各级医疗保障部门要积极争取有关部门加大对医疗保障事业的支持力度,加大城乡居民基本医疗保险补助资金、医疗救助补助资金等资金投入。用好中央财政补助我省医疗服务与保障能力提升资金,支持医疗保障重大项目的实施,统筹安排部门预算,保障医疗保险公共服务机构基础建设、重大项目和正常工作运转,提高医疗保障公共服务的供给水平。

第三节 加强科研支撑

牢牢把握深化医疗保障制度改革主线,加强医疗保障基础理论和应用研究,搭建研究平台,加强与中国医疗保险研究会、国家医疗保障研究院和高校及科研院所的战略合作,建立健全专家决策支持机制,充分发挥“人才智库”和专业机构的支持作用,整合科研资源,用好外智外脑,汇智聚力,为我省医疗保障事业高质量发展提供系统科学的理论指导、决策参考和技术支撑。

第四节 加强队伍建设

坚持政治引领、服务大局,坚持激励担当、严管厚爱,努力造就一支“心中有理想、肩上有担当、身上有本领、脚下有定力”的“四懂四能四有”、忠诚务实干净担当的高素质医保干部队伍。突出政治标准,加强政治历练,提升政治能力。优化干部队伍结构,健全完善机构编制设置,稳妥合理有序引进紧缺急需的高素质专业化人才。强化干部培养锻炼,实现省、市、县医保干部培训全覆盖,不断提高医保干部政治和业务能力。建立系统内双向挂职锻炼机制,选派基层医保部门干部到国家医保局、省医保局跟班锻炼。持续激励干部担当作为,大力选树先进典型,加大优秀人员表彰奖励力度,激励干部见贤思齐、奋发有为。

第七章 强化规划实施

第一节 加强组织领导

医疗保障工作必须始终坚持把党的建设摆在首位,增强“四个意识”、坚定“四个自信”、做到“两个维护”,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,确保医疗保障工作始终保持正确的政治方向。要深入学习习近平总书记关于医保工作的重要论述和指示精神,坚决贯彻落实党中央、国务院和省委、省政府的决策部署,严守政治纪律和政治规矩。要持续健全医疗保障系统责任落实机制,将全面从严治党贯穿于医疗保障部

门党的建设和党内生活各方面,推动党的建设与医疗保障工作深度融合。要持之以恒改进作风,着力提升狠抓落实能力,有针对性地破解难题,坚决打通政策落地的最后一公里。要坚持“严管就是厚爱”,加强廉洁机关建设,营造全系统风清气正的政治生态。

第二节 加强宣传解读回应社会关切

加强规划宣传解读,创新宣传载体,畅通宣传渠道,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。完善新闻发布制度,及时准确发布权威信息。加大新闻宣传力度,做好重大政策解读,引导社会舆论。建立网络舆情监测收集、分析研判机制,畅通规划宣传渠道,提高规划宣传的广度、深度和力度,提升规划宣传效果,完善网评机制,及时回应社会关切,积极营造有利于规划实施的舆论氛围,为深化医疗保障制度改革提供良好的舆论环境。

第三节 抓好规划落实落地

建立健全规划实施机制,加强规划实施的动员部署、统筹协调和宏观指导,制定规划目标任务分解方案和重大项目实施管理办法。加强各级医疗保障规划的衔接,确保省级医疗保障规划和设区市医疗保障规划与全国医疗保障规划“一盘棋”。要将落实规划作为重点工作,以重大工程、重大项目、重大政策为抓手,明确责任主体、实施时间表和路线图,加强年度计划编制实施,健全规划实

施监督。建立部门协同机制,强化医保、医疗、医药制度政策与规划的有效衔接,大力推动地方党委政府加强对医疗保障的统筹指导,积极推动将重要指标纳入相关政府重点工作和考核责任目标,为规划实施提供保障。健全规划实施统计监测评估机制,开展动态统计监测评估,把统计监测评估结果作为改进医疗保障工作和绩效考核的重要依据,确保各项任务落实到位。各级医疗保障部门依据本规划,结合实际,制定实施本地区全民医疗保障发展规划。

抄送：省委各部门，省纪委办公厅，省人大常委会办公厅，省政协办公厅，省军区，省法院，省检察院，群众团体，新闻单位。

江西省人民政府办公厅秘书处

2021 年 11 月 12 日印发

