

歙县医疗保障局文件

歙医保〔2022〕7号

关于印发《歙县“十四五”医疗保障事业 发展规划》的通知

局各股室，局属各二级机构：

《歙县“十四五”医疗保障事业发展规划》已经局党组会研究同意，现印发给你们，请结合实际认真贯彻执行。

歙县医疗保障局

2022年3月9日



歙县“十四五”医疗保障事业发展规划

2022 年 3 月

目录

一、规划背景.....	3
（一）现实基础.....	3
（二）面临的机遇.....	5
二、总体要求.....	7
（一）指导思想.....	7
（二）基本原则.....	7
（三）总体目标.....	8
三、主要任务.....	10
（一）着力提升医保待遇层次.....	10
（二）着力完善医保制度体系.....	11
（三）着力深化医保支付方式改革.....	12
（四）着力推进医药服务供给侧改革.....	13
（五）着力增强基金监管能力.....	14
（六）着力优化医保公共服务.....	15
三、保障措施.....	17
（一）加强党的领导.....	17
（二）加强协同配合.....	17
（三）加强队伍建设.....	17
（四）加强氛围营造.....	17
（五）加强监测评估.....	18

歙县“十四五”医疗保障事业发展规划

加快建立覆盖全民、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，是习近平总书记在党的十九大提出的明确要求。为深入贯彻《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《中共安徽省委 安徽省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》，推动我县医疗保障事业高质量发展，助力歙县建设高气质现代化文化旅游名城，依据《“十四五”全民医疗保障规划》《安徽省“十四五”医疗保障事业发展规划》《黄山市“十四五”医疗保障事业发展规划》《歙县国民经济和社会发展的第十四个五年规划和 2035 年远景目标纲要》，制定本规划。本规划是我县医疗保障领域独立编制的第一个五年规划，是今后五年发展全民医疗保障事业的重要依据。

一、规划背景

（一）现实基础

我县医疗保障事业始终以减轻群众就医负担、增进民生福祉为出发点，全面实施制度统筹，扎实扩大覆盖范围，基本建成了覆盖全民、城乡统筹的医疗保障体系。“十三五”期间，县委县政府把医疗保障工作放在重要位置，我县医保部门在深化医保改革、完善制度体系、优化经办服务、加强基金监管、增强法治建设、提高群众满意度等方面做了大量工作，为缓解群众看病难、看病贵问题发挥了重要作用，为我县的经济社会快速发展作出了积极贡献。

——**制度体系更加完善。**2019 年 7 月，城镇居民医保和新农合制度顺利并轨，统一的城乡居民基本医疗保险制度正式形成。医保参保覆盖范围逐步扩大，截至 2021 年底，参保率稳定在 99%

以上，享受待遇水平稳步提升。全县符合条件的困难群众资助参保率、医疗救助政策落实率均达到 100%。合并实施职工基本医疗保险制度和生育保险制度，增强基金保障能力。完善医保扶贫政策、制度体系和执行机制，高质量如期完成医保扶贫硬任务，确保“基本医疗有保障”。

——医保待遇稳步提升。职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险政策范围内住院费用报销比例稳定在 80%和 70%左右。城乡居民医保住院封顶线增加至 30 万元，基层定点医疗卫生机构住院报销比例提高至 85%。大病保险起付标准下降到 1.5 万元，报销比例提高到 60%以上，待遇逐步提高。

——制度改革持续深化。2019 年 8 月份被列入紧密型县域医共体建设国家试点县，充分发挥医保政策杠杆作用，引导患者县域内就诊，促进医保基金收支平衡。在全县 3 家县级医院和 28 所乡镇卫生院住院实行总额预算和医共体按人头付费总额预算管理，推行门诊血透按病种付费、歙县平和精神康复医院按床日付费等多元复合付费方式；在 9 个乡镇卫生院开展适宜日间病床收治病种医保结算试点工作；稳步推进 DIP 国家试点工作。全面落实药品、医用耗材集中带量采购，落实五批国家组织集中采购药品，共涉及 5 批共 218 个品种，平均降幅 53%，最高降幅 98%。

——基金监管业绩凸显。重点开展打击欺诈骗保维护基金安全工作，成立歙县医疗保障基金安全领导小组。常态化开展现场检查、交叉互查、病案评审、专项整治，实施欺诈骗保行为举报奖励，加大曝光负面典型案例力度，严厉打击各类欺诈骗保行为。以医保医师管理为突破口，创新构建医保基金监管信用体系，推行行业自律。2019 年 2 月-2021 年底，全县累计追回医保基金

2917.88 万元。

——**经办服务不断优化。**实现城镇居民医保、新型农村合作医疗向城乡居民基本医疗保险的平稳过渡，实行统一的城乡居民基本医疗保险和大病保险制度；合并实施生育保险和城镇职工医疗保险，确保单位和个人缴费费率不增加，参保群众生育保险待遇不降低；按照“四最”“六统一”标准，加强经办服务管理，建立建成医保服务大厅。构建县、乡、村三级一体的医保经办体系，向基层转移服务重心，优化群众服务体验，提高业务经办效率。

——**融杭接沪推深走实。**全面开通长三角经济带医疗机构的异地间直接结算工作，逐步扩大异地就医费用联网结算覆盖范围；与淳安、临安等地医保部门建立异地意外伤害就医结算及就医地调查机制，实行意外伤害核查结果两地互认。

——**机构改革顺利完成。**歙县医疗保障局于 2019 年 2 月挂牌成立，内设机构 3 个，下属事业单位 2 个，不断加强内部管理、经办内控等制度建设，顺利完成职能划转、人员转隶等工作。连续两年在全市医保系统综合考核中位列第一，连续两年荣获省医保局督查激励表彰，2020 年被授予歙县“三八”红旗集体称号，荣获 2020 年度全县民生工程实施先进单位二等奖。2021 年被授予黄山市脱贫攻坚先进集体称号。

（二）面临的机遇和挑战

“十三五”时期，我县医疗保障事业快速发展，全县人民的获得感不断增强，为推动“十四五”时期医疗保障事业的高质量发展打下坚实基础。

“十四五”时期是中华民族伟大复兴战略全局和世界百年未

有之大变局的历史交汇期，是我国乘势而上开启全面建设社会主义现代化国家新征程、向第二个百年奋斗目标进军的第一个五年，是新发展阶段推进现代化新歙县建设的关键五年。中央、省、市各级领导部门不断强化顶层设计，加深医疗保障制度改革的“大部局”，医疗保障事业进入大有可为的“黄金期”，是我县加快构建高质量医疗保障制度体系的重要战略机遇期。同时，随着医疗服务和公共卫生服务需求不断提升。医共体建设带动的医疗卫生资源重新布局，医疗技术快速进步导致的医疗费用结构调整，新经济涌现引发的就业形态深刻变化，都对高质量的医疗保障服务有更高的期待、提出更高的要求。

随着融杭接沪新时代的到来，歙县同杭州、上海等发达地区的同城效应”愈发凸显。借力融入杭州都市圈的有力东风，进一步深度谋划歙县医疗保障新格局。

与此同时，我们也应该清醒地看到，面对人民群众日益增长的医疗保障需求，我县医保事业还存在不少问题和短板。主要表现在：

一是多层次的医疗保障体系尚不健全。医保统筹层次低，医保基金的共济能力和保障能力不足。弱势群体医疗保障体系不够完备，抗突发性事件医疗支出风险能力有待提高。医保支付方式改革不够深入，合理控制医疗费用增长效果甚微，促使医疗保险与医疗服务健康协调发展的作用尚未发挥。

二是医保需求同经济发展不充分的矛盾凸现。同上海、杭州的深度融合，进一步凸现本地经济发展实力的差距，长三角一体化加速对待遇提升的期盼，参保人员趋上就医、省外就医的需求呈刚性增长趋势，给基金平稳运行带来巨大压力。

三是医保监管能力建设有待提升。面对 300 多家医药机构监管任务要求和 40 多万参保群众的多层次、多样化的健康需求，医保部门编制少、专业人员不足的现实矛盾突出。医保领域欺诈骗保行为专业性、隐蔽性强，查处难度大，监管力量明显不足，执法人员专业能力和执法水平有待进一步提高。

四是医保管理精细化服务不够优化。基层医保网格体系经办服务力量薄弱。对于智能云端、大数据等信息化技术手段还没有充分利用，人民群众的医保服务体验有待进一步提升。

二、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二中、三中、四中、五中、六中全会精神，认真贯彻落实党中央、国务院和省委、省政府深化医疗保障制度改革部署安排，牢牢抓住推进长三角一体化发展的战略机遇，按照省十一次党代会、市第七次党代会、县第十五次党代会提出的目标要求，坚持以人民健康为中心，以医疗保障高质量发展为主题，以建设高气质现代化文化旅游名城目标，坚持新发展理念，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，加快健全覆盖全民、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，不断提升人民群众的获得感、幸福感和安全感。

（二）基本原则

——坚持党的领导，人民至上。始终坚持党对医疗保障工作的领导，完善具有医疗保障制度建建设，坚持制度的统一性和规范性，增强制度的刚性约束。

——坚持保障基本，公平普惠。持续推动基本医疗保险应保

尽保，缩小医疗保障服务和待遇标准差异，强化制度公平，筑牢底线，让广大群众真正充分享受医保政策。

——坚持优化服务，信息赋能。深入推进医保领域“放管服”改革，加强管理服务能力建设；加快数字医保建设，推动全县医保数字化改革，优化医疗保障公共服务，坚持传统服务方式和智能化应用创新并行。

——坚持强化监管，法治为先。优化定点医药机构管理，完善医保筹资和待遇调整机制；创新监管方式，积极引入第三方监管力量，完善医保业务标准，推进高水平治理；扎实推动医保法治建设，确保医疗保障资金安全可持续。

——坚持深化改革，协同高效。坚持“三医联动”，主动顺应长三角地区一体化发展。增强改革的整体性、系统性、协同性和实效性，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

（三）总体目标

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，全面建成与歙县经济社会发展相适应的医疗保障体制机制，率先打造全市医保事业高质量发展示范样板，奋力展现歙县医保领头雁风采。

——建成更加公平统一的全民医保体系。常住人口基本医疗保险参保率稳定在 99%以上。实现全县待遇政策公平统一，医保制度碎片化问题得到实质性解决，城乡间、区域间医疗保障水平差距明显缩小。大病和慢性病保障水平显著提升，长期护理保险制度试点推进。医保支付方式改革深入推进，医保参保缴费政策逐步健全。医疗救助分类梯度保障，保障水平进一步提高。

——完善更加科学高效的医保体制改革。持续推进医保体制改革创新，着力提高医保专业队伍的综合素质。医疗保障在医药服务供给侧改革中发挥更重要作用，医保运行更加提质增效。医保基金绩效评价覆盖全县。

——实现更加安全可控的基金监管体系。创新医保基金监管方式，全面建成医保基金监管信用体系，实现定点医疗机构、定点零售药店线上线下监督检查覆盖率 100%，定点医疗机构自查自纠覆盖率 100%。

——达到更加惠民优质的医保服务目标。健全县、乡镇（街道）、村（社区）医保网格体系。医疗保障信息化水平显著提升，智慧医保公共服务惠及全县人民，深度融入长三角区域医疗保障一体化建设，“互联网+医疗健康”医保服务不断完善。医保电子凭证使用更便捷更智能。

表：“十四五”时期医疗保障事业发展主要指标

类别	指标		2020 年 实际值	2025 年 目标值	属性
参保覆盖	基本医疗保险参保率		>95%	>95%	约束性
基金安全	基本医疗保险（含生育保险）基金收入（万元）		——	收入规模与经济社会发展水平更加适应	预期性
	基本医疗保险（含生育保险）基金支出（万元）		——	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
保障程度	基本医疗保险政策范围内住院费用报销比例（%）	职工	80%左右	保持稳定	预期性
		城乡居民	70%左右	保持稳定	预期性
	重点救助对象门诊慢特病和住院费用救助比		70%	≥70%	预期性

类别	指标	2020 年 实际值	2025 年 目标值	属性
	例 (%)			
优质服务	住院费用市外直接结算率 (%)	——	>70%	预期性
	医疗保障政务服务事项线上可办率 (%)	——	>80%	预期性
	医疗保障政务服务事项窗口可办率 (%)	100%	100%	约束性
	医疗保障政务服务满意率 (%)	——	100%	约束性
精细化管理	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 (%)	——	>90%	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采购高值医用耗材金额的比例 (%)	——	>80%	预期性
	DIP 付费、单病种付费、按床日付费等多元复合方式付费的住院费用占全部住院费用的比例 (%)	——	>70%	预期性

三、主要任务

(一) 着力提升医保待遇层次

1. 形成基本医保公平统一的待遇体系。根据经济社会发展水平和基金承受能力,健全可持续的待遇动态调整机制。按照中央和省、市职工基本医疗保险门诊共济制度政策,改革职工基本医疗保险个人账户计入办法,扩大个人账户使用范围,建立和完善职工门诊共济制度,减轻参保职工门诊费用负担。按照职工和城乡居民分类保障的原则,探索职工医保和居民医保的制度衔接和协同改革。全面梳理并落实待遇清单制度,严格执行基本支付范围和标准,实施公平适度保障,纠正过度保障和保障不足问题。

2. 完善医疗救助托底保障机制。巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴,在坚持基本医疗保险普惠的同时,增强医疗救助托底保障功能。提高医疗救助效率和精准度。全面落实符合条件的困难群众参保资助和待遇保障政策,建立健全救助对

象精准识别和主动触发机制。完善各类救助的联动协同机制，提升困难人群重大疾病医疗费用综合报销水平，合理控制困难群众政策范围内自付费用比例，确保符合条件的困难群众资助参保率和医疗救助政策落实率均达 100%。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。

3. 促进多层次医疗保障制度衔接。织密基本医疗保障网，促进基本医疗保障与补充性医疗保障协调发展。强化基本医保、大病保险、医疗救助、商业健康保险及公益慈善等制度协同。规范和完善大病保险，支持医疗互助有序发展。扎实推进长期护理保险制度建设，助力康养产业发展。

（二）着力完善医保制度体系

1. 健全可持续筹资制度。落实医保筹资主体责任，优化筹资结构，提高医保基金互助共济能力。综合考虑医疗保障待遇、经济发展和人口结构等因素，确定筹资标准，均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任，优化个人缴费和政府补助结构。完善职工医保和城乡居民医保制度，扩大参保覆盖面，努力实现应保尽保。坚持权利与义务相统一的原则，强化个人缴费责任。探索建立城乡居民医保缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩机制，逐步提高城乡居民医保个人缴费比例。建立适应老龄社会的医疗保障多渠道筹资政策，明晰医疗保障财政责任，稳定财政投入。适应数字经济、平台经济和线上经济等新业态发展，建立和完善灵活就业人员参加职工医保缴费办法。

2. 完善基本医保制度。严格执行国家医疗保障待遇清单制度，合理引导预期。根据省、市政策，健全慢性病门诊保障机制，扩大保障范围，提高保障标准。均衡城乡保障待遇，以城乡居民医

保总体待遇不降低为前提，稳定住院保障水平，合理确定起付标准、支付比例、年度最高支付限额，拉开不同级别定点医疗机构间的支付比例，报销比例进一步向基层医疗机构倾斜。

3. 健全重特大疾病保障。着力解决看大病贵的问题，推动解决重特大疾病费用高的问题，提升重特大疾病保障水平。健全大病保险筹资机制，强化个人缴费责任，稳步提高大病保险待遇水平。健全困难人员大病保障倾斜机制，梯次减轻大病患者医疗费用负担。鼓励商业健康保险发展。丰富健康保险产品供给，提升商业保险作为社会保险的补充保障能力。

（三）着力深化医保支付方式改革

1. 推进医保支付方式改革。充分发挥医保支付方式对医疗服务市场健康发展的重要牵引作用，推进以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革，做好区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）国家试点工作，引导医疗机构合理诊疗，提高医保资金使用效能。统筹推进基层医疗机构适宜日间病房（床）收治疾病按病种付费，医疗康复及慢性精神疾病按床日付费。探索推行门诊特殊慢性病按人头付费、适宜病种“同病同保障”付费。完善定点医疗机构及区域医保基金总额预算办法，健全医保经办机构与医疗机构之间协商谈判机制，科学制定总额预算。进一步探索对紧密型县域医共体按人头总额预付，建立医共体牵头单位账户共管机制，加强医共体牵头单位医保基金专户管理与监督考核，实行结余留用、合理超支分担，建立经济性评价制度。

2. 严格执行统一的医保目录。落实国家医保目录，执行全省统一的医保药品目录、诊疗目录、医疗服务设施目录。建立健全工作机制，做好医保目录动态调整、国家谈判药品及时落地执行

和相关政策衔接工作。根据经济社会发展水平和医保基金承受能力，合理确定并动态调整医保目录个人先行自付比例。

3. 创新医保协议管理。制定医疗机构和零售药店定点管理实施细则，推动定点管理与医疗质量、协议履行挂钩。公开定点医药机构申请条件，对所需材料实行清单制管理。优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序。制定定点医药机构履行协议考核办法，完善定点医药机构退出机制。探索“互联网+医疗”等新服务模式发展和建立健全跨区域协议管理机制。落实“国谈药”医院药店购药“双通道”机制，更好满足群众用药需求。完善异地就医直接结算服务，提高异地就医直接结算率。强化异地就医费用监管，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。

4. 支持新安医学传承创新。支持将符合条件的中医医疗机构纳入医保定点范围，认真落实中医药服务项目纳入基本医疗保险基金支付范围。推进中医药服务医保支付方式改革，遴选一批中医优势病种探索按病种付费，与对应的西医病种同病同效同价，充分体现中医药服务价值。优先调整技术水平和传承价值高、疗效确切的中医服务项目价格，激发医务人员提供中医诊疗服务积极性。确保医疗保障专家库应有一定比例的中医药专家，发挥其中医药专业优势，落实对中医药的倾斜政策。

（四）着力推进医药服务供给侧改革

1. 深化药品、医用耗材集中带量采购。全面落实国家和省、市组织药品、医用耗材集中采购和使用政策措施。落实高值医用耗材集中采购扩品、扩围政策。完善与集中带量采购相配套的激

励约束机制，落实医保资金结余留用政策。推进公立医疗机构所需药品和医用耗材全部按要求从平台采购。

2. 完善医药服务价格形成机制。强化药品、医用耗材价格常态化监管，配合建立以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制，做好医疗服务价格的动态监控，规范医疗机构诊疗行为，有效控制医疗费用不合理增长。探索建立医疗服务价格动态调整机制，推进和完善医疗服务价格管理的机制化。优化公立医疗机构医疗服务价格结构，支持公立医疗机构提高医疗服务收入占比。建立医药价格和招采信用评价制度，完善约谈制度。

3. 助力医疗服务供给质量提升。完善医共体内部双向转诊制度医保政策，推进基层医疗卫生机构发展，引导群众有序就医。坚持中西医并重发展，支持中医药创新传承。鼓励日间手术、多学科诊疗等医疗服务发展，推进医疗机构检查检验结果互认。依托全国统一的医疗保障信息平台，支持电子处方流转。规范医疗机构和医务人员诊疗行为，分类完善科学合理的考核评价体系。

（五）着力增强基金监管能力

1. 完善医保基金监管体制。建立健全医疗保障基金使用监督管理机制和基金监督管理执法体制，加强医疗保障基金管理能力建设。构建全领域、全流程的基金安全防控机制，形成以法治为保障、信用管理为基础，多形式检查、大数据监管为依托，党委领导、政府监管、社会监督和行业自律、个人守信相结合的多方位监管格局。加强医保基金监管队伍建设，建立执法人员名录库，强化执法能力培训，提升基金监管能力和水平。加强医疗保障公共服务机构内控机构建设，落实协议管理、费用监控、稽查审核责任。落实异地就医协同监管制度。

2. 创新医保基金监管方式。建立并完善日常巡查、专项检查、交叉互查、重点检查、专家审查等相结合的多形式检查制度，健全“双随机、一公开”检查机制。完善部门联动机制，开展联合检查，形成监管合力。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，提升监管的专业性、精准性、效益性。全面建立智能监控制度，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。建立健全定点医药机构、人员等信用管理制度，根据信用评价等级分级分类监督管理。健全医疗保障社会监督激励机制，畅通投诉举报电话，完善欺诈骗保举报奖励制度，及时足额兑现奖励资金。

3. 依法追究欺诈骗保行为责任。严格落实医保基金监管相关法律法规，规范监管权限、程序和处罚标准等。全面推行行政执法公示制度、执法全过程记录制度和重大执法决定法制审核制度，推进行政执法规范化。充分发挥医保基金监管联席会议制度作用，加强部门联合执法、联合惩戒、信息共享和互联互通，促进监管结果协同运用。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。充分发挥医保基金监管信用评价体系作用，全面推行守信联合激励和失信联合惩戒。加大典型案例曝光力度。

（六）着力优化医保公共服务

1. 推进医保标准化和信息化建设。依托黄山特色智慧医保体系，实现医疗保障数据大集中、业务大贯通，全面提升医保数字化治理水平。全面启用电子医保凭证，优化应用功能、拓展业务场景、提升应用体验，实现医保服务“一码通办”。加强医保与

政务、公安、民政等信息系统的互联互通，促进数据共享。强化数据服务支撑，推进医疗保障公共服务均等可及。以信息化提升整合并精简经办流程，减少群众办事材料提供和办事等待时间。规范数据管理和应用权限，依法保护参保人员信息和数据安全。

2. 推进医保公共服务能力提升。按照要求统一异地就医业务协同管理体系，优化异地就医经办服务。完善医保服务事项网上办理。扎实推进长三角医疗保障一体化发展，落实“三个目录”统一政策，实现长三角医保关系转移接续、零星报销、自助备案跨省“一网通办”，促进长三角医保公共服务便利共享。借助医疗机构、合作银行、商保公司的专业优势和多网点优势，前移经办窗口。支持定点医疗机构依托“互联网+”提供规范、便捷、优质、高效的医疗服务。加强医疗保障经办管理服务机构内控机制建设，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。

3. 推进完善医保服务网格体系。推进服务下沉，延伸医保经办服务大厅触手，搭建“县乡村”三重立体式医保服务网格体系。政府合理安排预算，加强医疗保障公共管理服务能力配置，提供医保经办所需设施，建立与管理服务绩效挂钩的激励约束机制。加强医疗保障经办管理服务机构内控机制建设，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。

4. 推进经办管理服务质量提升。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”制度，开展体验式评价和群众满意度调查，制定与医疗保障发展相适应的政务服务评价标准体系和评价结果应用管理办法。扩大异地就医直接结算范围，逐步实现住院、门诊费用线上

线下一体化的异地就医结算服务。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。

四、保障措施

（一）加强党的领导

全面加强党对医疗保障事业的集中统一领导，切实增强“四个意识”，坚定“四个自信”，做到“两个维护”，把党的领导贯彻到医疗保障制度改革发展全过程，以项目为抓手带动规划实施，确保各项工作落实到位，推动全县医保治理体系和治理能力现代化。

（二）加强协同配合

加强部门协同机制，保障医保、医疗、医药制度政策之间的统筹协调和综合配套。统筹推进医疗保障制度改革，会同有关部门会商解决医保工作中的重大问题，指导全县各地做好医疗保障工作。

（三）加强队伍建设

选优配强医保力量，加强与县编委办、县委组织部等部门的沟通，建好医保行政管理、执法监督和经办服务三支队伍；强化业务培训，提高医疗保障业务人员工作能力和管理水平；加强部门之间沟通交流、信息互通，提高办事效率。强化基层经办机构能力建设。

（四）加强氛围营造

主动积极做好医疗保障政策解读和宣传，加强医疗保障制度改革的宣传推广、科学引导和典型报道，及时回应社会关切，传递打击欺诈骗保行为的决心。有效合理引导预期，注重倾听群众呼声，做好舆情精准研判。

（五）加强监测评估

规划确定的指标和任务，健全规划实施机制。积极开展规划实施情况监测评价，接受人大、政协和人民群众等各方面的全面监督。鼓励多方参与，积极引入第三方评估，确保规划部署落到实处、改革成果全民共享。