

关于印发《青阳县“十四五”医疗保障事业 发展规划纲要》的通知

青医保办〔2022〕49号

县医疗保障服务中心、医疗保障基金管理中心，局机关各股室：

现将《青阳县“十四五”医疗保障事业发展规划纲要》印发给你们，请认真贯彻落实。

青阳县医疗保障局

2022年6月29日

抄报：市医疗保障局

青阳县“十四五”医疗保障事业发展规划纲要

党的十九大报告提出“按照兜底线、织密网、建机制的要求，全面建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次社会保障体系”，确定了新时代医疗保障事业的战略目标。《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》对医疗保障改革和发展作出顶层设计。

为深入贯彻党中央关于全面建立中国特色医疗保障制度精神，落实党中央、国务院和上级党委、政府关于深化医疗保障制度改革的意见，推动我县医疗保障事业高质量发展，依据《国家“十四五”全民医疗保障规划》以及《安徽省省委省政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》、《安徽省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》、《安徽省“十四五”全民医疗保障发展规划》、《青阳县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》和《池州市“十四五”医疗保障事业规划》，编制《青阳县“十四五”医疗保障事业发展规划》。

一、规划背景

（一）发展基础

“十三五”以来，青阳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，扎实扩大参保覆盖范围，基本建成了保障适度、可持续的多层次医疗保障体系。2019年3月，青阳县医保局挂牌成立，在县委政府的坚强领导下，医保部门在完善制度体系、提高待遇水平、深化支付方式改革、优化调整所属二级机构、加强基金监管等方面做了大量基础性工作，医保功能作用进一步发挥、群众获得感不断增

强，初步形成了“基本医疗保险+大病保险+医疗救助+补充医疗保险”相互衔接的医疗保障网，为青阳县的经济社会快速发展提供了坚实保障。

全民医保基本实现。医保参保覆盖范围逐步扩大。截至2021年，全县城乡居民参保225795人，城镇职工参保25830人，常住人口基本医保参保率超99.9%，基本实现应保尽保。全县城乡医疗救助目标任务完成及时率达100%，做到了应助尽助。

医保待遇稳步提升。截至2021年，全县城镇职工和城乡居民基本医保政策范围内住院费用报销比例分别稳定在80%和70%左右。大病保险待遇水平逐步提高，城乡居民大病保险起付线降至1.2万元，报销比例提高至65%左右。2021年全县累计救助困难居民和困难职工33976人次，救助金额达6653672.4元。

医保改革深入推进。深入推进医保基金总额预算下的按病种付费、精神病医院按床日、适宜病种日间病房等多元复合式支付方式改革，不断提升医保基金支付及保障绩效。积极推进紧密型县域医共体城乡居民医保基金按人头付费总额预算管理。持续推进医疗服务价格改革政策落地，药品、耗材集中带量采购常态化；落实“双通道”方便患者，调整优化抗癌药、慢特病定点药店布局。

医保扶贫如期完成任务。脱贫攻坚期，严格落实省人民政府针对贫困入口医保扶贫倾斜政策，实现建档立卡贫困人口医疗保障制度全覆盖，全县建档立卡贫困人口全部参加基本医保，贫困人口政策范围内住院费用报销比例达到85%以上。积极完善门诊特殊慢性病及“两病”保障政策，减轻了

贫困人口长期慢病用药负担。积极探索医保扶贫长效机制，通过预警监测、专项医疗救助等措施解决贫困人口“三重保障”后自付费用仍然较高问题，化解因病致贫返贫风险。

医保信息标准化不断加强。根据国家、省、市医疗保障局关于信息化平台建设部署要求，做好切换上线国家医疗保障信息平台工作。推进落实医保疾病诊断和手术操作、药品、医疗服务项目和医用耗材等 15 项医保信息业务编码的贯彻应用，确保辖区内定点医疗机构信息业务编码规范统一。整合医疗救助信息系统，实现基本医疗保险、大病医疗保险、医疗救助等三重制度保障“一站式”即时结算，提升医保经办服务效率和水平。

基金监管成效凸显。基金监管不断规范加强。建立医疗保障行政执法事项目录清单等制度，强化定点医药机构协议管理，建立部门联动、举报奖励、案件移送等制度。基金监管制度体系日趋完善成熟，基金监管队伍体系建设稳步推进。始终把基金安全作为首要任务，以零容忍态度严厉打击欺诈骗保行为。开展集中宣传月活动大力营造打击欺诈骗保的浓厚社会氛围。通过组织打击欺诈骗保专项行动、查处举报投诉、飞行检查等多种方式实现对两定机构检查全覆盖，初步形成了基金监管高压态势。

（二）机遇与挑战

“十四五”时期，青阳县迎来前所未有的发展机遇，长三角一体化发展国家战略加速转化为发展新动能，一体化、高质量和便利共享等方面成为医疗保障事业发展新方向。依托长三角平台优势，引入高端医疗资源促进青阳医疗技术水平提升，为青阳医疗事业健康发展带来机遇。

同时，“十四五”时期我县医疗保障事业发展仍面临诸多挑战。多层次医疗保障制度体系尚不健全，商业医疗保险较为单一，弱势群体医疗保障仍有不足，保障功能存在短板。受新冠疫情影响，疫苗和接种费用占医保基金支付比重较大，化解突发性医疗支出风险能力有待提高。医保法制体系和基金监管体制有待完善，违法违规问题仍然时有发生。医疗保障服务支撑体系尚不健全，信息化、标准化、规范化管理服务能力仍有待提升。省外异地就医监管形势严峻，全县面临人口外流和人口老龄化双重挑战，基金收支平衡和可持续运行压力将持续增大。

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，全面贯彻党的十九大和十九届历次全会精神以及习近平总书记视察安徽和在扎实推进长三角一体化发展座谈会上的重要讲话精神。贯彻落实党中央、国务院深化医疗保障制度改革的决策部署，坚持以人民健康为中心，以深化医疗保障制度改革和推进医疗保障基金监管制度改革为抓手，按照上级医疗保障发展规划和国民经济和社会发展规划纲要要求，加快健全覆盖全民、统筹城乡、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系，为全面建设新阶段现代化美好青阳提供有力的医疗保障。

（二）基本原则

坚持全面加强党的领导。始终坚持党对医疗保障工作的领导，发展和完善中国特色医疗保障制度，牢牢把握新发展阶段的要求，坚决贯彻落实新发展理念，助力构建新发展格

局，为医疗保障事业稳定发展提供根本保证。

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，深入实施健康中国行动，实施更加系统、更加高效、更高质量的医疗保障，实现好、维护好、发展好广大人民的健康权益。

坚持公平适度、更可持续。坚持尽力而为、量力而行，实事求是确定待遇保障范围和标准，防止保障不足和过度保障，提高基本医保基金共济能力，防范化解基金运行风险，确保制度可持续、基金可支撑。

坚持多方协同、合力高效。坚持系统观念，政府、市场、社会协同发力，鼓励商业医疗保险发展，促进多层次医疗保障有序衔接，促进供给侧改革与需求侧管理动态平衡，发挥医保战略购买作用，强化医保、医疗、医药多主体协商共治，加强社会监督，提高治理水平。

坚持精细管理、优质服务。强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，健全监管体制机制，统筹提升传统服务方式和线上服务方式，不断加强医保智慧能力建设，促进医疗保障可持续健康发展，提升群众获得感。

（三）发展目标

综合考虑青阳县经济社会发展趋势和医疗保障发展条件，坚持以人民为中心的发展思想，以高质量发展为主题，以奋力解除全体人民的疾病医疗后顾之忧为目标。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。

专栏1 青阳县“十四五”医疗保障事业发展规划主要指标				
类别	主要指标	2020 年	2025 年	指标属性
参保覆盖	基本医疗保险参保率（%）	> 95	> 95 ^①	约束性
基金安全	基本医疗保险（含生育保险）基金收入（亿元）	2.72	收入规模与经济规模更加适应	预期性
	基本医疗保险（含生育保险）基金支出（亿元）	2.69	支出规模与经济发展水平、群众疾病健康需求相适应	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（%）	83.43	保持稳定	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（含大病保险）（%）	70.58	保持稳定	预期性
	重点救助对象符合规定的医疗费用住院救助比例（%）	70	≥ 70	预期性
	个人卫生支出占卫生总费用的比例（%）	—	27	约束性
精细管理	实行按疾病诊断相关分组和按病种付费的住院费用占全部住院费用的比例（%）	27.4	70	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（%）	—	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
	药品集中带量采购品种（个）	—	> 500 ^②	预期性
	高值医用耗材集中带量采购品种（类）	4	> 5 ^③	预期性
优质服务	异地就医住院费用直接结算率 ^④ （%）	—	> 70	预期性
	医疗保障政务服务事项线上可办率（%）	71	90	预期性
	医疗保障政务服务事项窗口可办率（%）	100	100	约束性

注：①指“十四五”期间基本医疗保险参保率每年保持在95%以上。

②指到2025年本省国家和省级药品集中带量采购品

种达 500 个以上。

③指到 2025 年本省国家和省级高值医用耗材集中带量采购品种达 5 类以上。

④指异地就医住院费用直接结算人次占全部住院异地就医人次的比例。

三、重点任务

（一）健全多层次医疗保障制度体系

1. 提高基本医疗保险参保质量

合理设定参保扩面目标。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。职工基本医疗保险逐步以本地区劳动就业人口作为参保扩面对象，城乡居民基本医疗保险逐步实现以本地区非就业居民为参保扩面对象。落实全民参保计划，进一步落实持居住证参保政策，积极推动职工和城乡居民在常住地、就业地参保。加强部门数据共享和人员信息比对，建立本地参保数据库，实现参保信息实时动态管理，避免重复参保，到 2025 年基本医保参保率稳中有升。

依法依规实行分类参保。用人单位和职工依法依规参加基本医疗保险，引导非从业人员依法参加城乡居民基本医疗保险。灵活就业人员可根据自身实际，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。

持续优化参保缴费服务。利用国家统一医保信息平台基础信息管理子系统实时核对功能，及时查询参保人缴费状态，联合税务部门完善参保缴费服务，减少重复参保缴费。加大参保缴费宣传引导力度，拓展缴费途径，通过微信公众号、支付宝小程序、皖事通办平台等渠道。坚持线上与线下

结合，推动服务向基层下沉，提升服务多样性、便利性，做好跨统筹地区参保人员基本医疗保险关系转移接续工作。

2. 完善基本医保待遇保障机制相关制度

实行公平适度待遇保障。落实职工和城乡居民分类保障，将待遇与缴费、居民人均可支配收入、医疗卫生费用支出、医疗机构技术等级等因素挂钩。根据本地经济社会发展水平和基金承受能力，职工医保、城乡居民医保政策范围内住院费用报销比例分别稳定在80%、70%左右，政策范围内门诊费用报销比例稳定在50%以上，健全可持续的待遇动态调整机制，做好门诊待遇和住院待遇的统筹衔接。根据上级医保部门统一部署，进一步完善城乡居民门诊共济保障机制，全面执行统一的城乡居民大病保险制度，健全统一规范的城乡医疗救助制度，健全统一的职工大病保险制度。实施医疗保障民生工程，推进实施城乡居民基本医疗保险、大病保险和医疗救助民生工程项目，巩固扩大基本医保制度覆盖面。改革职工基本医疗保险个人账户，建立健全职工门诊共济保障机制。

完善补充医疗保险。完善和规范城乡居民大病保险制度，逐步规范职工大额医疗费用补助、企业补充医疗保险等制度。加强与基本医疗保险和医疗救助的衔接。

执行医保待遇清单制度。明晰“保基本”内涵和外延，严格执行医疗保险待遇清单制度，明确县级责任界定权限、政策调整权限、决策制定程序，科学界定基本制度、基本政策、基金支付项目和标准，促进医疗保障制度法定化、决策科学化、管理规范。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。健全重特大

疾病医疗保险和医疗救助制度，落实重大医疗保障待遇政策调整报告制度，加强医疗保障待遇清单制度宣传，充分调动各方支持医疗保障事业发展的积极性和主动性。

健全可持续的筹资机制。完善筹资分担和调整机制，建立基本医疗保险基准费率制度，规范缴费基数政策，合理确定费率，实行动态调整。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，研究应对老龄化医疗负担的多渠道筹资政策，加强财政对医疗救助投入，拓宽医疗救助筹资渠道。积极配合推动基本医疗保险省级统筹，进一步发挥医疗保险基金的互助共济功能，增强医疗保障制度公平性，提升基金抗风险能力。按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的要求，巩固完善基本医疗保险市级统筹。

基本医疗保险门诊慢特病病种和认定标准。依据基本医保门诊慢特病管理政策，统一全县基本医疗保险门诊慢特病病种和认定标准。加强高血压、糖尿病等慢性病保障力度。

健全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。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。探索建立特殊群体、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。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。

保障乡村振兴战略实施。将脱贫攻坚期内的超常规保障政策转化为通过基本医保、大病保险、医疗救助三重制度实行常态化保障，确保特困人员、低保对象、返贫致贫人口等

农村低收入人口稳定纳入基本医疗保障制度覆盖范围，合理确定农村医疗保障待遇水平。

3. 加强医保基金管理。全面加强医疗保障基金预决算管理，科学编制医疗保障基金收支预算，加强预算执行监督。强化医保基金预算绩效管理，推进医保基金管理绩效评价。健全基金运行风险评估、预警机制，加强基金运行统计分析和风险预警，每半年开展运行分析，按年度进行运行评估。

4. 积极发展商业健康保险。为有效填补基本医保无法覆盖的医疗费用，构筑我县多层次的医疗保障体系建设，积极引导商业保险机构在打破传统商业保险年龄限制、差异化定价和既往症不可投保等常规惯例的基础上，创新完善保障内容，紧密衔接基本医保和大病保险，推进补充医疗保险扩大覆盖面（如：“皖惠保”等），进一步提高综合保障水平和服务能力。

5. 探索开展长期护理保险。减轻失能群体经济和事务性负担，试点阶段从职工基本医疗保险参保人群起步，重点解决重度失能人员基本护理保障需求，探索建立互助共济、责任共担的多渠道筹资机制，参加长期护理保险的职工筹资以单位和个人缴费为主。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。健全长期护理保险失能评估、协议管理、经办服务体系，引入社会力量参与长期护理保险经办服务。

（二）优化医疗保障协同治理体系

全面实行多元复合式医保支付。完善医保基金总额预算管理，科学制定总额预算。持续推进以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革，做好按疾病诊断相关分组

（DRG）付费工作。统筹推进基层医疗机构适宜日间病床收治病种门诊按病种付费、精神类疾病按床日付费、中医药适宜技术门诊按病种付费、门诊特殊慢性病按人头付费等多元复合式支付方式,探索符合中医药特点的医保支付方式。适应医疗服务模式发展创新，建立病种分组、医疗机构系数等动态调整机制，健全医疗保障经办机构与医疗机构之间协商谈判机制，形成与医疗机构共治共享的格局。对紧密型县域医共体实行按人头总额预付，加强监督考核，结余留用、合理超支分担，建立经济性评价制度。

专栏 2 多元复合医保支付方式主要类型和改革方向
<p>1. 医保基金总额预算管理。按 2022 年、2023 年、2024 年三年安排，实现 DRG 付费医疗机构病种全面覆盖，每年进度分别不低于 70%、80%、90%，争取入组率达到 90%以上；实现 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%，每年进度应分别不低于 30%、50%、70%，争取超过 70%的基金总额预算覆盖率。</p> <p>2. 按病种付费。重点推进按病种分值付费工作，完善技术规范和病种库，形成本地化的病种库，加强基础数据测算和质量监控，不断提高付费精准度。</p> <p>3. 按床日付费。对于精神疾病、安宁疗护、医疗康复等需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病，采取按床日付费的方式。</p> <p>4. 按人头付费。推广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的做法，推行糖尿病、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。</p> <p>5. 按项目付费。对不宜打包付费的复杂病例和门诊费用按项目付费。</p>

加强医保目录和两定机构协议管理。完善基本医疗保险用药管理政策措施，做好国家新版药品目录落地工作，完成年度省级增补药品消化任务。加强医保医用耗材、医疗服务

项目管理。加强医保目录落地情况监测，进一步完善国家谈判药品供应“双通道”机制，提高医保药品可及性。加强两定机构协议管理，落实省级对医疗机构和零售药店定点管理的相关要求，建立健全跨区域就医协议管理机制。完善定点医药机构履行协议考核办法，突出行为规范、服务质量和费用控制考核评价，健全定点医药机构退出机制。规范“互联网+”医保支付工作，支持将符合条件的互联网医院纳入医保定点协议管理范围。

完善医保基金监管体制。加强基金监管专职机构建设，构建全领域、全流程、全方位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、行业自律、个人守信相结合的多方位监管格局。加强监管队伍建设和能力建设，严格落实属地责任。加强定点医药机构内控建设，落实协议管理、费用监控、稽查审核责任。建立并完善部门间相互配合、协同监管的综合监管制度，大力推进联合执法、信息共享和互联互通，促进监管结果协同运用。积极推动异地就医协同监管制度建设，探索建立优化、协同、高效、统一的异地就医协同监管体制和运行机制，开展异地联审互查。

健全医保基金监管制度。落实医保基金监管相关法律法规，规范监管权限、程序、处罚标准等，推进有法可依、依法行政。建立监督检查常态化机制，通过现场检查、飞行检查、交叉互查、专项整治等手段，推进实施医保监督检查“全覆盖”。规范举报处理流程，落实举报奖励制度，鼓励社会力量参与监管，定期曝光医保基金监管典型案例。加强医保基金监管专家库建设，积极引入第三方监管力量，完善医保

基金监管执法体系。强化部门联合监管机制，明确部门监管职责，推进部门信息共享，常态开展部门会商和联合执法，落实案件移交移送制度。

创新医保基金监管方式。建立统一、高效、兼容、便捷、安全的医保智能监控系统。不断完善药品、诊疗项目、医用耗材及医疗服务设施等基础信息标准库和临床指南等医学知识库，完善智能监控规则，提升智能监控效能，实现医保基金使用事前、事中、事后全流程监管。推进医疗保障信用体系建设，完善医疗保障信用管理制度，探索实施定点医药机构和参保人员医保信用评价和积分管理模式。以信用管理为目标，以评价结果为依据，以积分管理为手段，采取差异化监管措施，推动实施分级分类监管。将医疗保障信用体系纳入全省信用系统建设，依法依规开展医疗保障领域守信联合激励和失信联合惩戒。推动医药机构加强自我管理，鼓励医疗、医药、医师、医保等行业协会开展自律建设，促进行业规范发展。

推进完善医药价格形成机制。常态化制度化落实国家和省组织药品和高值医用耗材集中带量采购政策，持续扩大集中带量采购范围。细化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。探索推进医保基金与医药企业直接结算。强化公立医疗机构药品和医用耗材价格常态化监管，提升对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，遏制药品和医用耗材价格虚高，兼顾企业合理利润，促进医药行业高质

量发展。加强医疗服务价格管理，逐步完善定调价规则，改革优化定调价程序，探索以临床价值为导向、以医疗事业发展规律为遵循、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。强化大数据信息化作用，探索建立灵敏有度的动态调整机制，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医疗服务。

（三）健全医疗保障服务支撑体系

发挥智慧医保平台作用。建立与国家医保信息平台对接的高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息系统，实现便捷可及、规范高效、智能精准、融合共享、在线可用、安全可靠的医保信息化建设目标。实现医保电子医保凭证场景应用全覆盖，群众看病就医移动支付高效安全。

优化医疗保障公共服务。实施医保公共服务平台建设工程，建设标准化经办服务大厅，规范公共服务范围，服务内容，服务流程，逐步实现基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”。适应人口流动需要，做好各类人群参保和医保关系跨地区转移接续，执行全省统一的异地就医业务协同管理体系，优化异地就医经办服务。深化医疗保障系统作风建设，加快推进服务事项网上办、掌上办，推深做实“随时办”服务。扎实推进长三角医疗保障一体化发展，推进实施统一的基本医疗保险政策，有计划逐步实现药品、诊疗项目、医疗服务设施目录的统一，共享长三角医保公共服务便利。

强化法治保障。坚持以习近平法治思想为指导，深入推进全面依法治国。坚持依法行政，深化医保治理和服务改革。落实公众参与制度，对关系群众利益和社会长远发展的重大

事项，严格履行调研起草、征求意见、咨询论证、合法性审查和集体研究决定等必经程序，充分吸纳社会各界的意见建议。加大医保法制审核力度，严格开展规范性文件法制审核工作。推进行政执法“三项制度”建设，落实医保统一行政执法指引和文书，加强执法证件管理，促进医保系统行政执法公示制度、执法全过程记录制度和重大执法决定法制审核制度有效落实，规范行政执法自由裁量权，促进行政权力规范运行。扎实做好行政复议应诉工作，继续强化医保法治培训宣传工作，打造一支懂法、用法、守法的专业化队伍。

四、保障措施

（一）加强组织领导

全面加强党对医疗保障事业的集中统一领导，不断提高贯彻新发展理念，构建新发展格局能力和水平，加快把党的政治优势、制度优势转化为发展优势，把党的领导贯彻到医疗保障制度改革发展全过程，系统谋划，精心组织实施，确保“十四五”时期各项工作有序平稳，目标如期实现。

（二）加强部门配合

加强“三医联动”，建立部门协同机制，加强医保、医疗、医药制度政策之间的统筹协调和综合配套，建立健全综合监管协调机制。医疗保障部门负责统筹推进医疗保障制度改革，会同有关部门研究解决改革中的重大问题。其他相关部门要依法履职，明确任务，完善政策措施，协同推进改革。

（三）加强舆论氛围营造

要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，有效合理引导预期，注重倾听群众呼声，做好舆情精准

研判。加强对定点医药机构和参保人员医保法律法规政策宣传，树立参保人的健康管理意识，提高定点医药机构和参保人员法治意识。

（四）加强规划监测评估

规划确定的指标和任务，是对全县人民群众的郑重承诺，要建立健全规划实施机制。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、改革成果人民共享。