

赤峰市“十四五”医疗保障事业 发展规划（2021—2025 年）

二〇二二年七月

目 录

前 言	1
第一章 基础与形势	2
第一节 发展基础	2
第二节 发展形势	7
第二章 总体要求	9
第一节 指导思想	9
第二节 主要原则	9
第三节 发展目标	10
第三章 完善多层次、宽领域、立体化的医疗保障制度体系...	13
第一节 提升全民医保参保质量	13
第二节 健全稳健可持续的医疗保障筹资机制	15
第三节 完善公平适度的待遇保障机制	16
第四节 建立长期护理保险制度	18
第五节 积极发展商业医疗保险	18
第六节 支持医疗互助有序发展	19
第四章 构建横向到边、纵向到底、上下贯通的医疗保障协同治理体系	20
第一节 建立管用高效的医疗保障支付机制	20
第二节 完善科学合理的医药价格形成机制	22

第三节	健全严密有力的基金监管“五项制度”长效监管机制	23
第五章	建设标准化、法治化、数字化的医疗保障支撑体系	26
第一节	巩固提升医疗保障公共服务能力	26
第二节	强化医疗保障支撑能力	29
第六章	保障与实施	30
第一节	加强组织领导	30
第二节	统筹推进落实	31
第三节	强化评估考核	31
第四节	营造良好氛围	32

前 言

依据《内蒙古自治区国民经济和社会发展第十四个五年规划纲要》《内蒙古自治区党委自治区人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》《内蒙古自治区“十四五”医疗保障事业发展规划》《赤峰市国民经济和社会发展第十四个五年规划纲要和二〇三五年远景目标纲要》，编制本规划。规划期为 2021 年至 2025 年，远景展望到 2035 年。本规划是“十四五”时期指导全市医疗保障改革发展的行动指南。

第一章 基础与形势

赤峰市于 2000 年建立了职工基本医疗保险制度，2005 年建立了新型农村牧区合作医疗制度，2008 年建立了城镇居民医疗保险制度，2017 年实现了新型农村牧区合作医疗和城镇居民基本医疗保险两项制度的全面整合，形成了统一的城乡居民基本医疗保险制度，并建立了大病保险制度；2020 年实现了城镇职工基本医疗保险和生育保险的合并实施。经过 20 多年的探索和实践，全市基本形成以职工、城乡居民基本医疗保险为主体，大病保险等为补充、医疗救助为托底的多层次基本医疗保障制度体系。

第一节 发展基础

“十三五”期间，在市委和市政府的坚强领导下，全市各级医保部门坚持以保障人民健康为中心，认真贯彻落实国家和自治区决策部署，深化改革创新，全市医疗保障事业快速发展，医疗保障工作在制度建设、基金监管、公共服务、药械集中采购等方面均取得了显著成效，人民群众获得感、幸福感、安全感不断增强。

（一）医疗保障体系进一步完善

——医疗保障制度体系不断健全。形成全市统一的城乡居民医保制度，从职工、城镇居民、农村居民三元并立走向职工与居

民双轨运行；实现了职工医保和生育保险的合并实施，实行基本医疗保险基金市级统筹，医保基金运行实现中长期平衡；公务员医疗补助、职工大额医疗费用补助、城乡居民大病保险等补充医疗保障制度均已建立；城乡医疗救助制度实现了政策上的市级统筹，重特大疾病医疗救助全面实施，加强了兜底保障功能，增强了基金共济能力，扩大了制度覆盖范围，提高了待遇水平，基本医疗保险更加公平普惠。

——医疗保障管理体系实现集中统一。组建市与旗县区两级医疗保障部门和经办服务机构，整合优化了基本医疗保险、生育保险、医疗救助、医药服务项目价格和药械集中采购等职能，着力解决医保制度碎片化、管理分散化问题，形成了对医疗保障工作市级全面统筹、管理有效的格局。

（二）医疗保障水平进一步提高

——医保待遇稳步提升。2021年，全市基本医疗保险参保人数达400.15万人，参保率达95%以上。职工医保缴费率达9%，城乡居民医保人均财政补助标准从2015年的380元提高到580元，职工、城乡居民政策范围内报销比例达80.59%、57.95%，医保待遇水平稳步提高。建立门诊慢性病保障制度，健全城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制，2021年，享受“两病”门诊用药保障待遇达348635人次；建立门诊特殊用药保障制度，将41种国家谈判药品纳入全市门诊特殊用药目录，保障参保人员用药需求。

——医保脱贫攻坚成效显著。制定实施《赤峰市医疗保障扶贫三年行动实施方案（2018—2020年）》，建档立卡贫困人口参保率达100%。对建档立卡贫困人口实行大病保险起付线降低50%、支付比例提高5%、全面取消封顶线的医保扶贫倾斜政策，大病集中救治病种扩大到30个，减轻了困难群众的医疗费用负担，因病致贫的问题得到有效解决。实现了基本医保、大病保险、医疗救助、商业健康保险等综合保障措施“一站式”结算。制定《赤峰市巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的实施方案》，推进医疗保障脱贫攻坚与乡村振兴战略有效衔接，实现了从多重保障向基本医疗保险、大病保险、医疗救助“三重保障”过渡。

——全面发挥医疗保障对疫情防控的支撑作用。贯彻落实重大疫情医保支付政策，实行先救治后结算，确保定点救治医疗机构不因资金问题影响救治，确保患者不因费用问题影响就医。实行先预拨后清算，向定点医疗机构预拨医保基金4000万元，缓解医疗机构因疫情影响面临的资金压力。出台阶段性减征企业职工医保费用政策，为企业实际减负9782万元，助力企业复工复产；先后五次调整新冠病毒核酸检测费用，从最初的每人次270元降到35元，为有效抗击疫情做出重要贡献。

（三）重点改革进一步深化

——深化医保支付方式改革。2021年，作为国家区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）试点，统筹推进以按病种

分值付费为主的多元复合式医保支付方式改革。

——推进医疗服务价格改革。坚持“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”原则，推进医疗服务价格动态调整，优化医疗服务比价关系。先后取消药品和医用耗材加成，同步调整医疗服务价格，全面推行自治区医疗服务项目规范和价格（2018 修订版）标准。加强医疗服务价格分类管理，对公立医疗机构基本医疗服务价格实行政府指导价，非基本医疗服务实行市场调节价。

——落实药械集中带量采购政策。严格执行国家和自治区组织的药品和医用耗材集中带量采购政策，积极参加省际联盟集中带量采购。2019 年至今，共执行国家组织集中带量采购药品五个批次、省际联盟集中带量采购两个批次共 244 种药品和人工晶体等四类医用耗材带量采购。全市定点医疗机构共采购中选药品、医用耗材金额分别为 11238 万元和 1225 万元，总计节约采购资金约 17829 万元。

——医保基金监管能力有效提升。2019 年以来，全市开展的打击欺诈骗保专项治理、引入第三方开展飞行检查等系列活动取得阶段性成果，“全覆盖、无禁区、零容忍”监管高压态势持续巩固。不断创新和拓展监管方式，将日常稽核、行政监管、专项治理、智能监控等工作紧密联动结合，进一步织密医保基金监管网。深度完善医保基金运行分析制度，合理运用基金运行分析成果。加大媒体宣传震慑力度，主动公开曝光典型案例 468 件。

加大案件查处力度，2019 年至今，全市共查处违规医药机构 2622 家次，追回违规金额 1.25 亿元。

（四）医保服务能力进一步提升

——优化医疗保障公共服务体系。全面落实全市统一的医疗保障政务服务事项清单和政务服务事项指南，精简审批资料，实行清单式管理；全市范围内全面实施业务经办综合柜员制，进一步规范各项业务流程，实现了所有对外服务事项一窗受理、一窗通办；按照“放管服”优化营商环境和“四办”工作有关要求，实现基本医保、大病保险、医疗救助“一站式服务，一窗口办理，一单制结算”；将税务征缴并入医保大厅，医保登记进驻市政务服务中心，为企业参保缴费提供“一站式”服务；开展 15 项医保业务的帮办代办跟踪服务，深化“互联网+医保公共服务”，不断提高医保服务事项网办率。

——完善异地就医直接结算。不断扩大异地就医定点医疗机构覆盖范围，将全市所有具有收治住院病人资格的一级以上定点医疗机构，纳入国家异地就医联网直接结算平台，将转诊转院范围扩大到全国所有统筹区三级异地定点综合医院、二级及以上专科医院。规范跨省异地就医经办流程，进一步简化异地就医备案手续，优化提升备案服务。实现基本医疗保险自治区内门诊、药店购药、住院费用直接结算无异地，在全市 25 家定点医疗机构开通了跨省门诊直接结算业务。

——医保信息化建设进一步加强。按照自治区医保局统一部

署，全市医疗保障系统和所有定点医药机构圆满完成了以“疾病诊断和手术操作”和“三个目录”为主的十五项编码贯标工作，顺利通过国家医保局验收。国家医疗保障信息平台在我市顺利上线应用，实现多系统整合、数据共享，为医疗保障业务精细化、管理智能化和公共服务便捷化提供了系统支撑。全市参保人员医保电子凭证激活量达 100 余万人，实际应用人数与日俱增，互联网+医保服务的智慧医保功能不断发挥。

第二节 发展形势

“十四五”时期，是我国全面建成小康社会实现第一个百年奋斗目标之后，乘势而上全面开启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。

从机遇上看，党的十九大作出全面建立中国特色医疗保障制度的战略部署，党的十九届四中全会强调要健全统筹城乡、可持续的基本医疗保险制度，为高质量推进医疗保障制度改革提供了基本遵循。党中央、国务院和自治区党委、政府先后出台了深化医疗保障制度改革的系列实施意见，全面擘画了新时代医疗保障事业发展的蓝图。市委、市政府高度重视医疗保障工作，在全市国民经济和社会发展第十四个五年规划中，对“切实完善医疗保障制度”提出具体要求，为全市医疗保障事业发展作出顶层设计。全市医疗保障队伍的发展壮大，药品和耗材集中带量采购、医保药品目录和医疗服务价格动态调整、打击欺诈骗保专项行动

等工作，为全市“十四五”医保工作大发展奠定了政策、组织、制度基础。

从挑战上看，全市常住人口规模缩小，第七次人口普查显示，全市常住人口与2010年第六次全国人口普查相比，减少305278人，筹资难度逐年增加。全市常住人口中60岁及以上人口占比21.05%，比重上升9.74个百分点；其中65岁及以上人口占比13.24%，比重上升5.77个百分点，人口老龄化使长期护理保障需求持续上升。新设备、新技术、新药品的不断应用和医疗机构规模的不断扩大，在保障群众健康的同时，医疗费用的逐年增长客观上也加大了基金支出压力，基金安全可持续运行仍然存在一定风险。慢性病患者日益增多，特别是以糖尿病、高血压为代表的慢性病患者呈现年轻化趋势，重特大疾病保障水平与群众期待仍有差距，多层次医疗保障体系亟待健全。医疗保障改革涉及利益主体多，管理链条长，医保、医疗、医药治理的协同性亟需提升。医疗保障信息化和标准化建设水平还不能更好地满足人民群众对医疗保障经办服务的便捷性、可及性、即时性需求。

从社会主要矛盾的变化上看，党的十九大报告指出，我国社会主要矛盾已经转化为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾。这一重大政治判断为制定我市基本医疗保障长远战略提供了重要依据。我们要全面认识我市的基本市情和在基本医疗保障领域主要矛盾，正确研判形势、科学合理制定应对政策，持续深化医疗保障制度改革，进一步满足人民群众日

益增长的对强健体魄和健康生活的需求。

第二章 总体要求

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，全面贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，以国家“十四五”全民医疗保障规划、自治区“十四五”医疗保障事业发展规划为依据，坚决贯彻落实自治区党委和政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见，以推动中国特色医疗保障制度更加成熟定型为主线，以解除全市人民疾病后顾之忧为根本目的，以体制机制创新为动力，强化精细化管理，发挥医保基金战略性购买作用，加快建设我市覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次医疗保障体系，持续推进全市医疗保障治理体系和治理能力现代化，建设公平医保、协同医保、智慧医保、法治医保，为推动全市医保事业高质量发展提供有力支撑，提升全市公民的医保获得感、幸福感、安全感。

第二节 主要原则

——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，发展和完善中国特色医疗保障制度，牢牢把握新发展阶段我市社会主要矛盾变化的根本要求，为全市医疗保障制度高质量发展和成熟定型提供根本保证。

——坚持以人民健康为中心。把维护人民生命安全和保障人民健康放在优先发展的战略位置，深入实施“健康赤峰”战略，建设更加公平、更加可靠、更加充分、更高质量的医疗保障，实现好、维护好、发展好全市人民的健康权益。

——坚持保障基本、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。

——坚持系统集成、协同高效。强化政策集成，统筹推进存量调整和增量优化，促进供给侧改革和需求侧管理动态平衡，增强改革发展的整体性、系统性、协同性，提高基金使用效能。

——坚持精细化管理、优化服务。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，促进医疗保障可持续发展，提升群众获得感。

——坚持共享共治、多方参与。坚持政府、市场、社会协同发力，鼓励商业医疗保险发展，促进多层次医疗保障有序衔接，发挥医保基金战略购买作用，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。

第三节 发展目标

到 2025 年，全市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。

——建立公平医保。全市基本医疗保障制度更加规范统一，各方筹资责任更加明晰，待遇保障机制更加公平适度，保障范围和标准与经济社会发展水平更加适应，医疗救助托底保障功能持续增强，公共服务体系更加健全，充分发挥医疗保障公平普惠的再分配功能。

——建立安全医保。全市医疗保障事业统筹发展和安全取得积极成效，防范化解因病致贫返贫长效机制基本建立，基金运行安全稳健、结余合理、风险可控，群众安全感得到提升。医疗保障信息平台安全运行，数据安全持续强化。

——建立法治医保。全市医疗保障法治体系建设不断完善，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。基金监管体系更加完善，长效监管机制全面形成，行政执法进一步规范。个人依法参保缴费，全社会医保法治观念明显增强。

——建立智慧医保。全市医保管理服务标准化、数字化、智能化水平显著提升，医保电子凭证普遍推广使用，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，医保服务让人民更加满意。

——建立协同医保。全市多层次医疗保障作用协同发挥，各

类保障机制有机衔接。医保、医疗、医药协同发展，医保基金战略购买作用有效发挥，以市场为主导的医药价格和采购机制更加完善，医疗服务价格更加科学合理，医保待遇与健康教育衔接更加紧密，健康赤峰建设取得积极进展。

“十四五”时期主要发展指标与预期目标

指标维度	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%以上	稳定在 95%以上	约束性
基金安全	基本医疗保险基金收入	57.3 亿元	收入规模与经济发展水平更适应	预期性
	基本医疗保险基金支出	40.4 亿元	支出规模与经济发展水平和群众疾病健康需求更适应	预期性
	基本医疗保险累计结余	45.5 亿元	保持在合理水平	预期性
保障程度	职工医保政策范围内住院报销比例	84%	稳定在 85%	约束性
	居民医保政策范围内住院报销比例（含大病保险）	70%左右	稳定在 70%左右	约束性
	重点救助对象符合规定的住院救助比例	—	70%	预期性
精细管理	住院费用按病种分值付费占住院费用比例	—	覆盖全市所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖	预期性
	公立医疗机构通过自治区药品和医用耗材招采管理子系统线上采购药品、高值医用耗材数量占比	药品 85%左右、医用耗材 35%左右	药品达到 90%以上、高值医用耗材达 80%以上	预期性
	药品、医用耗材集中带量采购品种	药品 112 个品种、高值医用耗材 2 类	国家、自治区、省际联盟集中带量采购药品合计 500 个品种以上、高值医用耗材 5 类以上	预期性

指标维度	主要指标	2020 年	2025 年	指标属性
优质服务	住院费用跨省直接结算率	64%以上	70%以上	预期性
	医疗保障政务服务满意率	85%	90%以上	预期性
	医疗保障政务服务事项线上可办率	70%	90%	预期性
	医疗保障政务服务事项窗口可办率	100%	100%	约束性

到二〇三五年，要同全国一道，基本实现社会主义现代化。医疗保障改革发展将紧随全国目标，达到中等发达国家水平、满足人民生活水平不断提高的新需求，在健全完善我市医疗保障制度体系的基础上，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，医疗保障经办管理服务体系全面建成，医保、医药、医疗协同治理格局总体形成，中国特色医疗保障制度优越性在我市充分显现，全人群全方位全生命周期医疗保障能力显著提升，我市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。

第三章 完善多层次、宽领域、立体化的医疗保障制度体系

第一节 提升全民医保参保质量

巩固提升全民参保计划成果，坚持和完善覆盖全民、依法参加的基本医疗保险制度和政策体系，精准扩大参保覆盖面，不断提升参保质量。

依法依规分类参保。职工基本医疗保险覆盖用人单位及其职工，城乡居民基本医疗保险覆盖除职工基本医疗保险应参保人员以外的其他所有居民。灵活就业人员可根据自身实际，选择适合方式参加基本医疗保险。实现待遇与缴费挂钩，巩固提升参保覆盖率，全市常住人口应参尽参。

实施精准参保扩面。建立覆盖全市的全民参保计划数据库，实现参保数据动态调整、实时查询。推进与教育、公安、民政、司法、人社、住建、卫生健康、市场监管、乡村振兴、残联、税务等部门的数据共享机制，做好重点人群和特殊群体的参保工作，落实困难群众分类参保政策，提高参保质量。

深化征缴体制改革。依据国家及自治区部署，优化完善医保参保征缴方式，压实苏木乡镇（街道）城乡居民参保缴费责任。完善新就业形态人员等灵活就业人员参保缴费方式，将非本地户籍灵活就业人员纳入参保范围。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。

专栏 1 巩固提升全民参保计划
全面提升参保覆盖率。完善基本医疗保险参保监测机制，实现全市常住人口应保尽保。 拓展参保征缴便民服务渠道。加强医保、税务、银行三方“线上+线下”合作，提高信息化程度，简化流程，实施精准参保扩面。 建立覆盖全市的全民参保计划数据库，加强部门间数据共享，避免重复参保。

第二节 健全稳健可持续的医疗保障筹资机制

建立与全市经济发展相适应、与各方承受能力相匹配、与基本健康需求相协调的筹资机制，切实加强全市医保基金运行管理，坚决守住不发生系统性风险底线。

完善筹资分担调整机制。均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任。建立基准费率制度，合理确定费率，研究规范缴费基数。提高统筹基金在职工基本医疗保险基金中的比重。完善城乡居民基本医疗保险筹资政策，研究建立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，优化个人缴费和政府补助结构。完善以政府为主导的多元化医疗救助费用筹资机制，鼓励引导社会捐赠和彩票公益金等多渠道筹资，财政适度加大对医疗救助的投入，医疗救助基金向乡村振兴重点帮扶县倾斜。

提高医保基金统筹层次。按照“参保范围、筹资标准、待遇水平、基金管理、经办服务和信息系统”六统一的标准，巩固基本医疗保险市级统筹。同步推进服务下沉，落实属地监管责任，建立健全与医疗保障统筹层次相协调的管理体系，探索推进市级以下医疗保障部门垂直管理。按照自治区统一部署，配合推进基本医疗保险自治区级统筹。

严格医保基金预算管理。按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，科学编制医疗保障基金收支预算，建立预算绩效跟踪管理机制，全面实施绩效运行监控，科学开展绩效评价，强化结

果运用。严格落实基本医疗保险和医疗救助转移支付直达机制。开展基金中长期精算，构建收支平衡机制，加强对医疗费用增长、群众负担水平变化监测评价，健全基金运行分析制度，强化风险评估和监测预警。

专栏 2 医保筹资运行机制

稳步提高基本医疗保险筹资水平。适应新业态发展需要，将缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩。

提高医保基金统筹层次。按照自治区统一部署，配合推进基本医疗保险自治区级统筹，促进大病保险、长期护理保险、医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调。

统一编制医疗保障基金收支预算。建立预算绩效管理机制，积极引入第三方力量开展基金精算评估，确保基金安全平稳运行。

第三节 完善公平适度的待遇保障机制

推进法定医疗保障制度更加成熟稳定，统筹规划各类医疗保障高质量发展，根据我市经济发展水平和基金承受能力稳步提高医疗保障水平。

促进基本医保公平统一。坚持和完善基本医疗保险制度和政策体系，职工和城乡居民分类保障，基金分别建账、分账核算。严格落实全国统一的基本医疗保险药品目录和基本支付范围和标准，贯彻执行国家医疗保障待遇清单制度，促进医疗保障制度法

制化、规范化、标准化，决策科学化。

合理确定待遇保障水平。做好门诊待遇和住院待遇的统筹衔接，完善职工基本医疗保险门诊共济保障机制，改革职工基本医疗保险个人账户。完善城乡居民基本医疗保险门诊保障政策，健全城乡居民“两病”门诊用药保障机制，逐步提高保障水平。合理设置不同级别医疗机构住院费用报销比例，促进分级诊疗制度实施。规范健全城乡居民大病保险、职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助及企业补充医疗保险制度，提升重特大疾病保障能力。完善生育保险政策措施，推进生育医疗费用支付方式改革，提高生育保险与基本医疗保险合并实施成效。

强化医疗救助兜底保障。统一规范医疗救助制度，完善救助对象及时精准识别机制，实施分层分类救助，科学确定救助范围，合理确定救助标准。严格落实重特大疾病救治制度。积极引导慈善捐助等社会力量参与救助保障，促进医疗救助与其他社会救助制度相衔接，筑牢民生托底保障防线。

助力推进乡村振兴战略。巩固拓展医保脱贫攻坚成果同乡村振兴战略有效衔接，建立防范和化解因病致贫返贫长效机制，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。落实旗县区政府医疗救助工作的主体责任，按要求将脱贫攻坚期各地区自行开展的其他医疗保障扶贫资金统一并入医疗救助基金，增强医疗救助兜底保障能力。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，促进有序就医，整体提升农村医疗保障和健康管理水平。

建立重大疫情保障机制。落实重大疫情医疗救治医保支付政策，在突发疫情等紧急情况时，医疗机构实行先救治、后收费，确保定点救治医疗机构不因资金问题影响救治，确保患者不因费用问题影响就医。合理统筹医疗保障基金、疾病应急救助基金和公共卫生服务资金，提高各项资金综合使用效能。落实特殊群体、特定疾病医药费豁免制度，有针对性地免除医保目录、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。

第四节 建立长期护理保险制度

按照国家、自治区要求，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、统筹协调的基本原则，力争形成适应全市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。遵循互助共济、责任共担的原则，健全多渠道筹资机制，推动建立健全满足群众多元需求的长期护理保障制度。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。

第五节 积极发展商业医疗保险

发展完善商业医疗保险支持政策，鼓励和引导我市商业保险机构加强产品创新，推动提供包括医疗、康复、照护、生育等多

领域的综合性健康保险产品服务，丰富商业健康保险供给，满足人民群众多样化保障需求。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，建立信用管理协同机制，将医保定点医药机构发生的商业补充医疗保险费用，一并纳入监控范围。

第六节 支持医疗互助有序发展

鼓励工会医疗互助有序发展，加强工会医疗互助与职工基本医疗保险衔接，进一步减轻职工医疗费用负担。鼓励社会公益慈善捐赠，规范发展公益慈善医疗互助、网络互助，加强信息披露，提高全社会健康保障意识和互助意识，稳步提高重大疾病患者保障水平。

专栏3 医疗保障待遇提升工程

改革职工基本医疗保险个人账户。逐步将门诊医疗费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，将门诊慢性病保障政策与门诊共济保障机制有序衔接，更好解决参保群众门诊保障问题，切实减轻医药费用负担。

推进生育医疗费用支付方式改革。住院分娩按住院待遇支付，产前检查按人头支付，落实生育保险生育津贴。

完善医疗救助制度。全面落实重点救助对象参保资助政策，合理确定年度补助限额，将医疗救助资金纳入财政年度预算。

建立长期护理保险制度。实施国家统一制定的长期护理保险失能等级评估标准，根据不同护理等级、服务提供方式等实行差异化待遇

保障政策，合理确定待遇保障范围和基金支付水平。

促进多层次医疗保障有效衔接发展。强化基本医疗保险、大病保险、医疗救助等多重保障功能，加快发展商业健康保险，打造“医保+商保”融合发展模式。支持医疗互助有序发展，支持工会等社会团体、互助平台开展多种形式的医疗互助活动，稳步提高重特大疾病保障水平，合力防范因病致贫返贫风险，助力乡村振兴。

第四章 构建横向到边、上下贯通的医疗保障协同治理体系

第一节 建立管用高效的医疗保障支付机制

实施更有效率的医保支付，聚焦临床需要、诊治合理、技术适宜和中医（蒙医）与西医并重，完善医保目录、协议、结算管理，保障群众获得优质医药服务，提高基金使用效率，增强医保对医药服务领域的激励约束作用。

完善医保目录调整机制。严格落实国家、自治区医疗保障目录政策，加强对定点医药机构医疗保障目录执行情况的监督管理。严格按照自治区医疗保障目录动态调整要求，强化对定点医药机构医疗保障目录执行情况常态化监测和分析，保证定点医药机构医疗保障目录的及时更新。

专栏 4 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。监测医保目录药品在治疗领域药品使用、支付、临床表现情况。

建立医保目录药品临床使用效果评价机制。收集药品临床表现，评价药品安全性、有效性。

按照自治区要求推进谈判药品落地，确保谈判药品合理规范使用。

改革完善医保支付机制。完善医保总额预算办法，推行在总额预算基础上以按病种分值付费为主的多元复合式医疗保障支付方式改革。实行结余留用、合理超支分担的医保结算机制，加强运行监管及考核，激励医疗机构主动控制费用。推进康复类、慢性精神疾病类等需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病实行按床日付费，依托基层医疗机构探索门诊统筹按人头付费。深化门诊支付方式改革，引导合理就医，推动形成基层首诊、双向转诊的分级诊疗机制。支持有条件的地区医保经办机构按协议约定向医疗机构预付部分医保资金，提高医保基金使用绩效。

健全两定机构协商机制。规范基本医疗保险协议管理，强化风险分担、激励约束机制。加强对定点医药机构履行协议的绩效考核，制定针对不同支付方式的医疗服务行为监督管理办法，推动定点管理与医疗质量、协议履行相挂钩。将定点医药机构管理纳入诚信建设体系。建立健全协商谈判机制，完善总额预算编制机制、责任共担机制、医保基金预付及结算管理和退出机制，及时向社会公示定点医药机构信息，方便群众就医购药。

支持中医药发展。支持中医（蒙医）特色制剂、医疗器械及特色诊疗技术的开发和使用，将临床必须、安全有效、价格合理

的中医药（蒙医药）服务及符合条件的蒙中医医院制剂、饮片纳入医保支付范围。探索符合中医药（蒙医药）特点的医保支付方式改革，鼓励医疗机构提供中医药（蒙医药）服务。

第二节 完善科学合理的医药价格形成机制

深化药品和医用耗材集中采购制度改革。全面落实国家、自治区组织药品和医用耗材集中带量采购工作。依托招标、采购、交易、结算、监督一体化的自治区药品和医用耗材招采管理子系统，推进公立医疗机构所需药品和医用耗材挂网阳光采购，推进并规范集中采购药品和医用耗材医保基金总额控制下与医药机构直接结算，完善结余留用政策。鼓励社会办医疗机构、药店参与集中招标采购。

完善医药价格形成机制。逐步完善以市场为主导的药品、医用耗材价格形成体系，提升药品、医用耗材价格异常变动的分析预警应对能力。推进药品和医用耗材价格管理常态化、机制化，实施医药价格和招采信用评价制度，促进医药价格科学合理。扩大医药价格监测范围，实现以公立医院监测为主，逐步向社会办医、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。

探索医疗服务项目价格改革。探索适应我市经济社会发展水平、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项目价格分类形成机制。完善医疗服务项目准

入制度，加快核准新增“互联网+”医疗服务价格项目，促进医疗新技术进入临床应用。加强总量控制、分类管理、考核激励、综合配套，提高医疗服务项目价格治理的社会化、标准化、智能化水平。

第三节 健全严密有力的基金监管“五项制度”长效监管机制

健全基金监督检查制度。按照市和旗县区医疗保障部门基金监管职责，推进行政监管体系建设，建立专业基金监管队伍。持续保持打击欺诈骗保高压态势，坚守基金安全底线。推行“双随机、一公开”检查机制，建立医保基金联合监管执法人员名录库、检查对象名录库，健全动态维护机制。实现日常检查全覆盖；按比例开展飞行检查、旗县区互查，落实上级专项检查、重点检查、专家审查等相结合的多形式检查制度；对群众举报投诉、媒体曝光和其他部门移交的线索进行重点检查。规范不同检查形式的启动条件、检查对象、检查重点和内容、工作要求和流程。建立医疗保障与公安、卫生健康、市场监督管理等部门联合检查机制，形成监管合力。积极引入具有相关资质的信息技术服务机构、会计师事务所等第三方力量，参与医保基金监管，提升监管的专业性、精准性、效益性，推行按服务绩效付费机制。

完善医保智能监控制度。运用自治区级智能监控系统，加强大数据应用，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。加强对定点医疗机构临床诊疗行为

的引导、规范和审核，强化事前、事中监管。不断完善医学知识库，完善智能监控规则，细化监控指标和智能监控知识库，提升智能监控效能。推进异地就医、购药即时结算，结算数据纳入监控范围。

规范综合监督管理制度。适应医疗保障管理服务特点，建立并完善部门间相互配合、协同监管的综合监管制度。加强与纪检监察、公安、司法、卫健、市场监管等部门的协作，推动信息共享和互联互通，强化联合执法、联合惩戒的多部门共治共管合力。对查实的欺诈骗保行为，各相关部门要按照法律法规规定和职责权限严肃处理。推进医疗保障行政执法与刑事司法衔接，完善打击欺诈骗保行为的行政执法与刑事司法有效衔接工作机制。加强商业医疗保险市场行为监管，突出医疗保险产品设计、赔付等关键环节监管。

建立医保信用管理制度。建立基金监管信用管理制度，规范医疗保障基金监管信用管理工作。建立定点医药机构医保医师（药师）和参保人员医保信用记录、信用评价制度和积分管理制度。创新定点医药机构综合绩效考评机制，将信用评价结果、综合绩效考评结果与预算管理、缴费稽核、定点协议管理与医保基金的拨付相关联。加强和规范医疗保障领域守信联合激励对象、失信联合惩戒对象管理工作。

落实社会监督管理制度。鼓励和支持社会各界参与医疗保障基金监管，实现政府治理和社会监督、舆论监督良性互动。落实

医保基金社会监督员制度，引导社会各界参与医保基金监管。规范举报线索查处机制，健全举报线索信息采集、案件受理、依法检查、依规处理、结果反馈的闭环管理机制。完善举报奖励制度，适时调整和规范举报奖励范围、条件、程序、标准，提升制度的科学性和吸引力。逐步健全信息披露制度，医保部门每年向社会公告基金收支、结余和收益情况，定点医药机构依法依规向社会公开医药费用及费用结构，接受社会监督。

专栏 5 医保基金监督管理全覆盖工程

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、无死角监控。

现场检查全覆盖。健全常态化日常稽核、监管工作机制，每年开展一次全覆盖式现场监督检查。现场检查由旗县区医疗保障部门负责，对辖区内全部定点医药机构开展检查。

飞行检查全覆盖。市、旗县区两级医保部门配合自治区，联合相关部门组织开展抽查复查，飞行检查范围覆盖全市所有监管对象。

社会监督全覆盖。畅通优化电话、网站、微信、邮箱等举报渠道，完善举报奖励机制，举报线索凡接必查，查实必奖。动员社会力量参与监管，强化社会监督员队伍建设。

监管责任全覆盖。纵向上，健全完善基金监管执法体系，加强市与旗县区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。横向上，加强医保与纪检监察、公安、卫生健康、审计、市场监管等部门的协同配合，发挥综合监管机制作用，构建监管合力。推进基金监管网格化管理，实现每个定点医药机构都有专人负责监管。

第五章 建设标准化、法治化、数字化的医疗保障支撑体系

第一节 巩固提升医疗保障公共服务能力

加强医保经办管理服务体系建设。构建覆盖全市、旗县(区)、苏木乡镇(街道)、嘎查村(社区)的医疗保障经办服务网络，明确不同级别经办服务职责，大力推进服务下沉。在经办力量配置不足的地区，可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可及性。完善经办机构运行保障机制，依托苏木乡镇(街道)政务服务中心、嘎查村(社区)综合服务中心，设立专兼职服务专员，积极争取政府预算资金，保障经办机构正常运行。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。

专栏 6 医疗保障公共服务示范工程

用 1 个 5 年实现全市、旗县区以上医保经办标准化窗口全覆盖。出台全市医疗保障管理服务窗口标准规范，实现医保经办机构地标识别功能。

建设 1 个市级、3 个旗县区级医保经办示范窗口，制定示范窗口评定标准。

建设 10 个医疗保障基层服务示范点。面向苏木乡镇(街道)和嘎查村(社区)两级，结合人口分布、人口流动、经济发展水平，分

区域因地制宜制定评定标准，推动医保经办服务下沉。

建设 6 个医疗保障定点医疗机构示范点，推动精细化管理，提升参保群众就诊体验。利用医保电子凭证“实名+金融支付功能”，优化就医流程，减少患者排队频次，缩短等候时间。

建设 1 个智慧医保管理服务示范点，提升经办管理服务数字化、智能化水平。利用“互联网+”技术，打造“掌上医保办事中心”“指尖上的医保服务中心”，推进基本医疗保险关系转移接续网上办理。推动医疗电子票据使用，逐步实现手工医疗费用网上报销。

提升医保公共服务水平。深化“放管服”改革，推进医疗保障经办服务标准化、规范化建设，统一经办规程，规范服务标识、经办窗口设置、服务事项流程和时限，实现医疗保障“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”，推进标准化窗口和示范点建设。拓宽服务渠道，积极开展医保经办帮办代办服务，切实提升群众满意度。坚持传统服务方式和新型服务方式“两条腿”走路，提高医保政务服务事项网上办理率，健全多种形式的医疗保障公共管理服务。

专栏 7 医疗保障适老服务水平提升工程

针对参保登记、异地就医备案、门诊慢特病病种待遇认定、医疗费用手工（零星）报销等老年人等群体办理的高频事项，出台一批便民、利民举措。

提升线下服务。加强医保经办服务大厅和窗口管理，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，畅

通为老年人代办的线下渠道，满足不会上网、不会使用智能手机的老年人等群体的特殊需要。对年龄较大、行动不便等需要照顾的特殊群体，优化完善无障碍设施，开辟绿色通道，优先办理，并提供预约服务、应急服务，积极推广“一站式”服务。

提高线上服务适用性。优化网上办事流程，不断提升智能化服务水平，提供更多智能化适老服务。

深化医保系统行风建设。健全政务服务“好差评”制度，加快建立与医疗保障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，推进医保政务服务“好差评”建设。持续开展医疗保障行风建设体验式评价，推行“网上监督”“在线监督”。强化内控管理，梳理医疗保障内部管理和职权运行风险点，加强全流程风险评估，完善运行监控、内部监督机制，及时发现并有效化解安全隐患，强化责任追究，促进内控机制有效运行。

专栏 8 医疗保障政务服务“好差评”提升工程

聚焦“扩大医保覆盖面，简化医保参保、转移接续、报销手续，简化门诊费用跨省直接结算和清理定点医疗机构申请条件”等群众关心的热点难点问题，进一步优化明确便民服务措施。

建立差评和投诉问题调查核实、督促整改和反馈机制。

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、整改情况等政务服务评价信息，推动形成愿评、敢评、能评的社会共识。

完善异地就医直接结算。持续扩大异地就医医保直接结算覆盖范围，全面开展门诊费用跨省直接结算，实现异地就医备案网上办理全覆盖，规范和优化结算规程，提高异地就医直接结算服务效率，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。

第二节 强化医疗保障支撑能力

强化医保法治能力建设。深入实施《医疗保障基金使用监督管理条例》，贯彻落实《内蒙古自治区医保基金使用监督管理办法》《内蒙古自治区定点医药机构管理办法》《内蒙古自治区药品价格管理办法》《内蒙古自治区药品集中采购管理办法》等地方性法规和规章，保障各项医保法律法规有效实施。进一步规范医疗保障行政决策、行政监管、公共服务流程，全面推行行政执法公示制度、执法全过程记录制度、重大执法决定法治审核制度等，推进医疗保障法治化、规范化建设。

推动医保标准化、信息化建设。加强业务信息标准化建设，落实国家医疗保障业务标准和技术标准，全面执行国家医疗保障信息业务编码。常态化做好 15 项编码贯标动态维护工作，筑牢医保标准化建设根基，形成医保“通用语言”。分阶段、分层次、分类别处理历史数据，逐步实现全面“贯标”，更好发挥标准化在医保服务中的支撑作用。推进全国统一医疗保障信息平台的应用，以“核心业务系统”为统领，充分发挥医疗保障信息平台

14 个子系统的效能，开展基金监管、内部审计、大数据分析应用等工作，保障基金运行安全、政策实施精准、监管及时有效，实现医保管理方式向精细化、系统化、信息化管理转变。推进医保公共服务系统和医保电子凭证普遍应用，在参保登记、就医购药、信息查询、经办管理等公共服务方面发挥更大作用，让人民群众享受更加透明、更加便捷的医疗保障服务。严格执行网络数据安全管理规定，规范数据访问和传输管理，维护医疗保障信息平台运行安全，依法保护参保人员基本信息和数据安全。

加强医保干部队伍建设。把政治标准和政治要求融入贯穿干部队伍建设全过程各方面，强化组织把关，全面落实新时期好干部标准，树立鲜明导向，科学选贤任能。落实《内蒙古自治区社保经办机构编制标准（试行）》，保障医保队伍工作力量。结合医疗保障行业特点和工作需要，稳妥合理有序引进紧缺急需的高素质专业化人才，优化干部队伍专业结构。强化干部日常培训和专业知识更新，提升干部队伍专业素质水平。严格日常监督管理，加强考核激励，加大优秀人员表彰奖励力度，激发医保干部队伍干事创业的积极性、主动性、创造性。

第六章 保障与实施

第一节 加强组织领导

全市各级医疗保障部门、相关责任单位要增强“四个意识”，坚定“四个自信”，做到“两个维护”，拥护“两个确立”，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以习近平新时代中国特色社会主义思想为指引。积极推动将相关重点指标纳入政府年度重点工作和目标责任制。

第二节 统筹推进落实

全市各级医疗保障部门、相关责任单位要按照规划确定的任务、要求和措施，加强动员部署、统筹协调和宏观指导，明确责任主体、实施时间表和路线图，做好年度计划编制实施，健全规划实施监督机制，定期召开协调会，研究解决本规划实施过程中跨部门、跨区域、跨行业的重大问题，确保各项目标任务落地落实。

第三节 强化评估考核

加强国家、自治区和我市三级规划衔接，确保实现全国医保规划“一盘棋”。建立规划实施的评估和考核制度，强化对实施情况的跟踪考核，把规划主要任务和目标纳入各旗县区、相关医保治理能力建设部门的绩效考核内容。开展规划实施情况部门自评与社会第三方评估相结合的综合评估，根据评估结果及需求变化，适度调整规划目标和任务，提升规划实施效能。

第四节 营造良好氛围

做好政府信息公开和新闻发布，准确发布权威信息，凝聚社会共识；及时回应社会关切，正确引导社会预期，积极宣传医疗保障中国方案，充分调动各方的积极性和主动性；开展多种形式的医保政策宣传，讲好“医保故事”，增强全社会医保法治意识，提高政策知晓度。将宣传工作与规划实施紧密结合，积极营造有利于我市医疗保障事业发展和“十四五”规划实施的舆论环境和良好社会氛围。