

各乡镇、县直各部门：

现将《平罗县全民医疗保障“十四五”规划》印发给你们，请贯彻执行。

平罗县人民政府办公室

2022年3月4日

（此件公开发布）

平罗县全民医疗保障“十四五”规划

为深入贯彻党的十九大和十九届历次全会及习近平总书记视察宁夏重要讲话精神，按照《自治区党委人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（宁党发〔2021〕13号）、《自治区人民政府办公厅关于印发宁夏回族自治区全民医疗保障“十四五”规划的通知》（宁政办发〔2021〕77号）、《县人民政府关于印发〈平罗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〉的通知》（平政发〔2021〕31号）要求，为推动“十四五”时期全县医疗保障事业高质量发展，结合实际，制定本规划。

一、规划背景

“十四五”时期，是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，也是深化医疗保障制度改革，推动全民医疗保障制度更加成熟定型的关键期。“十四五”全民医疗保障规划既是医疗保障首个五年规划，更是推动医疗保障事业高质量发展的行动指南。医疗保障部门将以全面建立中国特色医疗保障制度为目标，在自治区、市、县党委和政府的坚强领导下，围绕为民、惠民、便民、利民，深化改革，锐意创新，狠抓落实，推动实现全民医保、公平医保、高效医保、智慧医保、法治医保有效落实，为高质量建设富裕美丽新平罗贡献医保力量。

（一）“十三五”时期取得的成就

“十三五”期间，我县医疗保障事业取得长足发展，各项改革稳步推进，制度体系更加完善，覆盖人群持续扩大，保障水平不断提高，服务能力明显增强，群众看病难、看病贵问题得到有效缓解。

——参保率与统筹层次实现双提升，医疗保障能力不断增强。“十三五”期间，全县基本医保参保人数稳中有增，基本实现应保尽保，参保率稳定在95%以上。逐步提高医保统筹层次，推进城乡居民大病保险实现自治区级统筹。按照保基本、兜底线、可持续原则，逐步建立了以基本医保、大病保险和医疗救助三重保障为主体，民政救助、医疗互助共同参与，商业健康保险为补充的医疗保障制度框架体系。

——医保筹资标准和待遇水平实现双优化，参保群众就医负担切实减轻。形成规范统一的基本医保筹资标准，居民医保各级财政人均补助逐年增加，职工医保综合费率保持在合理水平。城镇职工、城乡居民住院报销比例逐年提高。

——推进多元复合式支付方式改革，基金使用绩效持续提升。全县有序推进按病种分值付费和县域公立医院医保支付方式改革。实施普通门诊统筹按人头包干支付，有效满足参保患者门诊医疗服务需求。

——加快医药采购管理工作，有效治理药品和医用耗材价格虚高。开展药品耗材集中带量采购，推进县域公立医疗机构药品直接挂网采购，规范医疗机构网上采购行为，有效降低药品和医用耗材价格，切实减轻了群众就医负担。

——全面落实医疗服务价格调整，按照自治区统一部署，初步形成分类管理、动态管理的价格机制。全面取消药品、医用耗材加成，同步调整医疗服务价格。诊疗、手术、中医等医疗服务价格稳步提升，大型医用设备检查治疗和检验等价格持续降低，医疗服务价格结构和比价关系进一步优化。

——持续加强医保基金监管，确保基金平稳运行。医保基金监管成效明显，建立多部门联合监管机制，重点案件“一案多查”有所突破，打击欺诈骗保高压

态势基本形成。健全完善医保服务医师诚信管理制度。构建日常检查、交叉检查、飞行检查、专项检查、系统筛查、举报线索检查等多种检查模式，实现定点医药机构检查全覆盖。

——提高公共服务能力和水平，群众就医获得感不断提升。便民高效的医疗保障服务体系基本形成，建立我县统一规范的医疗保障政务服务事项清单，基本医保、大病保险、医疗救助实现“一站式”结算，生育保险区内实现异地直接结算、待遇申领实现“全区通办”。异地就医更加便捷，跨省联网结算实现全区参保人群、统筹地区、定点医院全覆盖。

——兜底保障助力脱贫攻坚，有效缓解因病致贫返贫。完成全区建档立卡贫困人口“基本医疗有保障”目标任务，把贫困人口全部纳入三重保障范围。

——积极应对新冠肺炎疫情，减征降费助力复产复工。落实国家“两个确保”总要求，全力做好新冠疫情防控医保政策落实、经办指导、费用结算等工作。主动助力企业复产复工，为 645 家企业累计减免职工医保费 757 万元，助力“六保”任务落实到位。

“十三五”期间主要指标完成情况

- 1.基本医疗保险参保率达到 95% 以上。
- 2.医疗救助资金规模达到 2400 万元。
- 3.居民医保人均财政补助标准达到 550 元。
- 4.职工医保（含职工生育保险）综合费率达到 10.8%。
- 5.职工医保住院费用政策范围内报销比例达到 81.4%。
- 6.居民医保住院费用政策范围内报销比例达到 65%。
- 7.大病保险住院费用起付标准以上政策范围内报销比例达到

60%以上。

8.职工医保普通门诊费用政策范围内报销比例达到40%以上。

9.居民医保普通门诊费用政策范围内报销比例达到50%以上。

10.职工医保门诊大病起付标准以上政策范围内报销比例达到75%。

11.居民医保门诊大病起付标准以上政策范围内报销比例达到60%。

（二）“十四五”时期发展形势

“十四五”期间是我县在全面建成小康社会基础上，推进社会主义现代化建设的重要时期，也是全面推进医疗保障制度改革发展的重大战略机遇期。从政策机遇看，《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》和《自治区党委人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》，明确将构建多层次医疗保障制度作为重要的民生保障制度安排，并制定具体实现路径。从实践基础看，“十三五”期间，我县医疗保障在制度落实、目录调整、基金监管等方面取得许多行之有效的成效，极大地增强了人民群众对医疗保障制度的认同。从技术变革看，随着全国首个“互联网+医疗健康”示范区建设和健康水平提升行动深入推进，“互联网+”医保服务等新一代信息技术广泛应用发展，为我县医疗保障精细化管理和深化改革创造了契机。

同时，全县医疗保障事业面临着发展不平衡、保障不充分、改革不协同等现实困难和挑战。伴随经济发展增速放缓、财政对民生保障领域投入压力增大，城乡居民可持续性筹资支付压力进一步加大。城镇化、人口老龄化等多因素交织，健康需求和医疗费用呈现持续增长趋势，有限的基金支付能力与参保群众对高质量健康需求之间的矛盾更加突出。医疗保障改革任务艰巨，医疗资源配

置和分布不平衡，市级统收统支有待巩固提升，基金监管智能化规范化水平不高，人员编制紧张，信息化标准化程度不高，经办管理服务能力待提升等问题依然存在，一定程度上影响医疗保障改革发展，医疗保障对医药服务领域的激励约束作用有待加强。

二、发展思路

（一）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历次全会及习近平总书记视察宁夏重要讲话精神，把握新发展阶段，贯彻新发展理念，融入新发展格局，围绕继续建设经济繁荣民族团结环境优美人民富裕的美丽新宁夏这一历史使命，以建设黄河流域生态保护和高质量发展先行区为契机，努力构建覆盖全民、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。坚持以人民为中心的发展思想，深化医药卫生体制改革，进一步完善制度、深化改革、强化管理、提升服务、协同治理，推进医疗保障治理能力和治理体系现代化，努力为参保群众提供全方位全周期的医疗保障，让人民群众有更多获得感、幸福感、安全感。

（二）基本原则

——坚持公平可及、保障基本。织密织牢医疗保障网，落实全民参保计划，确保应保尽保、全民参保。强化制度公平，做好三重保障有效衔接，充分发挥医疗救助托底保障功能，构建防范因病致贫返贫长效机制。

——坚持建章立制、依法治理。健全医疗保障法规制度，对定点医药机构管理更加透明高效，基金监管制度体系更加完善，行政执法更加规范，全社会医保法治观念明显增强，确保依法治理能力和治理水平显著提高。

——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，加强统筹共济，提高基金抗风险能力。加强基金预算管理、基金运行分析，做好中长期精算和风险预警。加强基金安全监管，构建基金监管长效机制，确保基金安全、有效、可持续运行。

——坚持优质高效、智慧便捷。按照“基金向上集中、服务向下延伸”要求，在做实基金市级统收统支的基础上，逐步实现医保基金区级统收统支，提高基金使用绩效和抗风险能力。推进医保标准化信息化建设，优化医保经办服务，通过“互联网+”医保服务，实现“一网通办”“全区通办”“一站式”服务，切实方便参保群众。

——坚持系统集成、协同推进。加强部门协作，强化统筹协调，促进医保、医疗、医药协同联动改革，以治理创新加快推动医保治理体系和治理能力现代化，让群众获得高质量、高效率、能负担的医药服务。

（三）主要目标

“十四五”时期是我县医疗保障事业发展的关键期、发力期、改革落地期。到2025年，全面推动“保基本、重支付、强监管、优服务”提质增效，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、医保管理服务等相关领域改革任务，基本实现多层次医疗保障制度体系更加成熟定型。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。公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医保“五位一体”建设成效更加明显，全县参保群众医疗保障获得感、幸福感、安全感不断增强。

“十四五”时期主要指标与预期目标

- 1.精准实施参保护面，基本医疗保险参保率持续稳定在 95%以上。
- 2.稳定基本医疗保险待遇保障水平，职工医保、城乡居民医保住院政策范围内报销比例分别维持在 85%、70%左右。
- 3.重点救助对象符合规定的住院医疗费用救助比例达到 70%左右。
- 4.个人卫生支付占卫生总费用的比例下降至 27%。
- 5.按病种付费的住院费用占全部住院费用的比例达到 70%以上。
- 6.建立健全职工医保门诊保障机制，改革职工医保个人账户，增强门诊共济保障能力，普通门诊政策范围内报销比例达到 50%以上。
- 7.“互联网+”医疗服务医保支付结算市县覆盖率达到 50%以上。
- 8.医保信用评价定点医药机构覆盖率达到 100%。
- 9.全县参保人员医保电子凭证激活率达到并稳定在 75%以上。
- 10.住院费用跨省直接结算率达到 70%以上。
- 11.医保经办机构“好差评”制度覆盖率达到 100%。
- 12.医疗保障政务服务事项线上可办率达到 80%。
- 13.医疗保障政务服务事项窗口可办率达到 100%。

三、重点任务

(一) 织密织牢多层次医疗保障制度体系

1.巩固完善基本医疗保障制度。坚持公平适度、稳健运行原则，持续完善多层次基本医疗保障制度，强化基本医保、大病保险、医疗救助三重保障功能，稳定基本医疗保险住院保障水平。优化个人筹资与待遇保障挂钩机制，实施职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险分类保障，基金分别建账、分账核算。

2.提升基本医疗保险参保质量。健全与教育、公安、民政、人力资源社会保障、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，加强数据比对，构建覆盖全民的参保数据库。巩固全民参保计划成果，基本医保参保率稳定在95%以上。持续做好各类特困人员、低保对象、脱贫不稳定户、妇女儿童、残疾人、退役军人、在校学生等重点人群参保工作。以流动就业人员、生态移民为重点，做好基本医保关系转移接续，确保参保人员待遇无缝衔接，有序清理重复参保，巩固提高参保覆盖率。

3.促进多层次医疗保障体系协同发展。规范补充医疗保险，完善城乡居民大病保险制度，加强与基本医疗保险、医疗救助的衔接，提高保障能力和服务精准度。完善职工大额医疗补助、公务员医疗补助及企业补充医疗保险政策，提高重特大疾病保障水平。

——加快发展商业健康保险，引导商业健康保险与基本医保、大病保险、医疗救助等制度有效衔接，鼓励商业保险机构提供有针对性的商业健康保险产品，提高综合保障能力。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。

——建立长期护理保险制度，按照国家、自治区部署安排，落实长期护理保险制度，协同促进长期照护服务体系建设。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。健全长期护理保险经办服务体系。完善管理服务机制，引入社会力量参与长期护理保险经办服务。鼓励商业保险机构开发商业长期护理保险产品。

专栏 1 构建多层次医疗保障制度体系

1.坚持基本医疗保障基础性、普惠性、兜底性定位，巩固强化基本医保、大病保险、医疗救助三重保障功能。

2.完善居民大病保险、职工大额医疗补助、公务员医疗补助及企业补充医疗保险政策，逐步提高重特大疾病保障水平。

3.引导商业保险机构提供有针对性的健康保险产品，提高商业健康保险的保障能力。

4.支持医疗互助有序发展，鼓励社会慈善捐赠，统筹调动慈善救助力量，稳步建立长期护理保险制度。

4.完善职工生育保险制度。提高生育保险和职工医保合并实施成效，实现管理有机融合、服务协同高效。结合职工基本医保、生育保险基金运行情况，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，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疗保险参保人员生育医疗费用待遇保障。做好三孩新生婴儿参保缴费和医疗费用报销。

(二) 逐步完善公平适度的待遇保障机制

1.促进基本医疗保险公平统一。改革职工医保个人账户，拓展个人账户支付范围，健全门诊共济保障机制。整合城乡居民普通门诊、家庭医生签约、一般诊疗费等医保基金支出，优化门诊医疗费用保障机制。完善基本医保门诊大病政策，优化城乡居民“两病”门诊用药保障机制。建立病种动态调整和差异化医保支付机制，引导参保患者合理有序就诊。将符合条件的医疗康复项目按规定纳入基本医疗保险支付范围。

2.落实自治区医保待遇清单制度。按照国家医疗保障待遇清单制度要求，全面落实自治区基本医疗保障制度政策，规范政府决策权限，科学界定基本制度、基本政策、基金支付项目和标准，促进医疗保障制度管理法定化、决策科学化、管理规范。将现有特定人群保障政策逐步归并到国家统一的政策框架中。严格执行基本支付范围和标准，实施公平适度的保障，弥补保障不足问题，纠正过度保障。

3.完善重大疫情医疗救治费用保障机制。遇到突发疫情等紧急情况，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。厘清基本医疗保障和公共卫生服务保障功能，实现公共卫生服务和医疗服务有效衔接。探索医疗保障基金和公共卫生服务资金统筹使用，提高基层医疗机构医保支付水平和健康管理质量。

（三）不断健全稳健可持续的筹资运行机制

1.完善动态可持续筹资机制。优化参保缴费服务，提升参保缴费服务便利性。建立与各方承受能力相匹配、与基本健康需求相协调的筹资动态调整机制。就业人员参加基本医保由用人单位和个人共同缴费。非就业人员参加基本医保由个人缴费，政府按规定给予补助，缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩。完善灵活就业人员参保缴费方式。落实基本医保基准费率制度，规范缴费基数政策，合理确定费率并实行动态调整。均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任，落实困难群众分类资助参保政策，加强财政对医疗救助的投入，拓宽医疗救助筹资渠道。

2.做好医保基金区级统收统支。按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的标准，在全面做实基本医保基金市级统筹的基础上，按照分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核思路，贯彻落实自治区级统筹。在巩固完善大

病保险基金区级统筹基础上，落实参保范围、保障政策、基金管理、经办服务、协议管理、信息系统“六统一”，在实现医疗救助基金市级统收统支的基础上，逐步实现区级统收统支，切实提高基金使用效能。

专栏 2 稳步提升医保基金统筹层次

1. 巩固完善大病保险区级统收统支，实现医疗救助资金市级统收统支，逐步实现区级统收统支。

2. 在全面做实基本医保基金市级统收统支的基础上，逐步实现自治区级统收统支。

3. 加强基金预算管理和风险预警。全面实施预算管理，编制医保基金收支预算，科学设计绩效评价指标体系，加强预算执行监督。发挥绩效管理指挥棒作用，充分利用基金运行评价和绩效考核等工具，补短板、强弱项，完善激励约束机制，通过第三方力量开展预算绩效评价考核，将绩效评价、协议履行结果与预算安排挂钩。适应异地就医直接结算、“互联网+医疗”和医疗机构服务模式发展需要，健全基金运行风险评估、预警机制，开展分统筹地区基金运行评价，压实管理责任，守住不发生系统性基金风险的底线。

（四）全面建立管用高效的医保支付制度

1. 推进医保支付方式改革。完善医保总额预算管理，实行区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）为主的医保支付方式改革，推广基层医疗机构普通门诊按人头付费与家庭医生签约服务相结合的付费方式，逐步将糖尿病、高血压和慢性肾功能衰竭等诊疗方案、评估指标明确的慢性病纳入按人头付费，将更多符合行业规范的日间手术纳入医保支付范围。健全完善医保经办机构与医疗机构之间的协商谈判机制，科学确定总额预算，与医疗质量、协议履行、绩效考核结果相挂钩，加大基金预拨力度，减轻医疗机构垫付压力。完善县域

紧密型医共体支付政策，对紧密型医共体“打包付费”，加强监督考核、结余留用，激发定点医疗机构加强管理、规范行为、控制成本和提高服务质量的积极性、主动性。制定完善不同支付方式经办规程。

专栏3 医保支付方式改革全覆盖

1.多元复合式支付方式全覆盖：在医保基金总额预算下，实现基于大数据的区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）为主的支付方式改革。

2.县域紧密型医共体实行预算管理、总额付费：充分发挥医保基金杠杆作用，探索对县域紧密型医共体实行医保基金“打包支付”，实行“预算管理、总额付费、监督考核、结余留用”，引导医疗机构做好健康管理。

3.促进医疗机构集体协商，科学确定总额预算，与医疗质量、协议履行绩效考核结果相挂钩，加大预拨力度，减轻医疗机构垫付压力。

2.完善医保目录动态机制。按照国家医保目录调整范围和调整权限，认真贯彻执行自治区基本医保诊疗项目、医疗服务设施范围及医用耗材目录。

3.完善优化医保协议管理。简化优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序，统一规范并动态调整定点医药机构协议文本，加强事前事中事后监管。支持“互联网+医疗健康”等新服务模式发展，建立并实施“互联网+”医疗服务医保支付制度，最大限度方便群众就医购药。制定定点医药机构履行协议考核办法，建立行为规范、服务质量和费用控制考核机制，完善定点医药机构退出机制。建立健全跨区域就医协议管理机制，提高依法行政能力，维护各方合法权益。

(五) 全面建立严密有力的基金监管机制

1.改革完善医保基金监管体制。加强医保基金监管能力建设，健全基金监管体制机制，切实维护基金安全、提高基金使用效率。建立部门联动机制，建立违法线索联合排查、司法联动、联席会议制度，实施跨部门协同监管。完善行政经办协同机制，加大医保协议监督制约力度。建立统一的医保信用管理制度，实现两定医药机构信用评价全覆盖。依法建立定点医药机构和医保医师信用记录、信用评价和积分管理制度，将信用评价结果与基金预算、稽查稽核、协议管理等关联。强化监管责任，加强监管队伍建设，强化经办机构内控建设，落实经办协议管理、费用监控、稽查审核工作责任。完善社会监督、举报奖励、案件曝光等制度。引入保险公司、会计事务所、信息公司等社会第三方监管力量加强社会监督，形成政府监管、社会监督、行业自律、个人守信相结合的全方位监管格局。

专栏 4 建立统一的医保信用管理制度

1.依法建立定点医药机构和医保医师信用记录、信用评价和积分管理制度。

2.推进信用评价结果应用，将信用评价结果与基金预算、稽查稽核、协议管理等关联。

3.实施信用监管，大力推进医保领域信用分级分类监管，积极探索医保领域实施依法守信联合激励和失信联合惩戒。

4.完善守信承诺、信用评级、分级处置等机制，建立权责对等、协调联动的医药价格和招采信用评价体系。

2.完善基金监管方式。建立健全多形式、常态化监督检查机制，实现系统监控、现场检查、飞行检查、部门联动、社会监督等全覆盖。健全“双随机、一

公开”监管机制，规范不同检查形式的对象、内容、启动条件、工作要求和业务流程。提升智能监管能力，实施事前提示、事中提醒、事后处置的动态监控，实现对定点医药机构、医保医师、参保人员诊疗和就医行为全过程监控，全面提升医保智能化监管水平。完善深化信息强制披露制度，依法依规向社会公开定点医药机构医保信息。建立药品、医药耗材进销存追溯监管机制。

专栏 5 建设医保智能监控系统

1.统一医保智能监控体系：进一步健全完善自治区、市、县三级监控网络，形成规范统一的医保监控机构，加强监管人才队伍建设，提升监管效能。

2.完善医保智能监控系统：加强信息平台、大数据系统等建设，通过全场景、全环节、全时段的智能监控，确保监控无盲区、无死角。

3.提升医保智能监控功能：针对欺诈骗保行为新特点，完善医药标准目录等基础信息标准库、临床指南等医学知识库，进一步完善诊疗规范类、医保政策类、就诊真实性类等规则库，提高智能监控的覆盖面和精准度。

4.丰富医保智能监测维度：加强对临床行为的过程监控，丰富大数据分析比较维度，提升监控效果，应用人脸识别、场景监控等新技术进行实时监控，开展药品、医用耗材进销存实时管理，完善基金风控体系，实现事前提醒预警、事中监督、事后审核的全流程监控。

5.扩展医保智能监控范围：将异地就医、购药即时结算纳入智能监控范围。

3.提升基金监管依法治理水平。深入实施国务院《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规，规范执行医保基金监管权限、程序和处罚标准等，构建医保基金监管法治体系，促进依法监管、依法行政。健全基金监管行政执法体系，贯彻落实行政执法规程和欺诈骗保行为处理办法，着力推进基金监管透明、规范、合法、公正，确保依法履职。加强部门联合执法，综合运用行政、司法等手段，严肃追究欺诈骗保单位和个人责任，对涉嫌犯罪的依法追究刑事责任。

（六）深入推进医药服务供给侧改革

1.建立科学合理的医药价格形成机制。持续完善医疗服务价格管理体系，深化医疗服务价格改革，贯彻落实适应经济社会发展、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机制。执行自治区医疗服务价格动态调整机制，发挥价格合理补偿功能，促进医疗技术创新发展和临床应用。强化大数据和信息化支撑作用，加强公立医疗机构价格监测评估考核，确保价格机制稳定运行。

加强药品和医用耗材价格治理。严格落实公立医疗机构医用耗材阳光挂网采购，将公立医疗机构采购高值医用耗材情况纳入日常监管体系。建立以市场为主导的药品、医用耗材价格形成机制，参与全国交易价格信息共享机制。建立医药价格常态化监测与披露制度。建立医药价格和招采信用评价制度。建立公立医疗机构药品和医用耗材采购价格信息监测机制，通过灵活运用成本调查、信用评价、信息披露、价格指数、挂网规则等工具，遏制药品、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。

2.推进药品和医用耗材集中带量采购工作。常态化制度化推进药品和医用耗材集中带量采购，形成竞争充分、价格合理、规范有序的药品和医用耗材供应保障体系，完善医保基金预付、结余留用等政策，健全医保支付标准与集中采购价格政策协同机制。以全区统一的医疗保障信息平台为载体，推动药品和医

用耗材招采，提升运行绩效，理顺管理权责，实现招标、采购、交易、结算、监管一体化，提升平台大数据、信息化、智能化统计分析运用水平，实现信息资源的互联互通和共享。

3.增强医药服务可及性和服务能力。合理规划区域内各类医疗资源布局，明确各级医疗机构功能定位，推进资源整合、功能融合、服务协同，提升基层医疗卫生机构服务能力。完善不同级别医疗机构的医保差异化支付政策，向基层医疗卫生机构倾斜，引导参保人到基层首诊。规范医疗机构和医务人员诊疗行为，推行处方点评制度，促进合理用药。完善医疗机构考核评价体系，将考核结果与医保基金支付挂钩。健全医保基金绩效考核分配制度。

4.促进三医高效联动协同发展。医疗保障是联接医疗、医药服务供给方与需求方的重要纽带，通过医保支付机制、价格机制和监管机制，实现与医疗、医药的联动，发挥医保杠杆调节作用。建立健全部门沟通协调机制，加强医保、医疗、医药制度政策的统筹协调和综合配套。强化信息共享机制，利用“大数据”实现融合共享“大协作”，推进医保、医疗、医药联动改革系统集成、政策管理协同配合，让群众获得优质实惠的医保服务。

（七）着力提升医疗保障公共服务能力

1.推动形成统一的医疗保障标准化体系。加快医保公共服务标准化、规范化建设，积极参与标准制定，贯彻实施各项医保业务信息编码标准，根据实际需求和区域特点制定地方标准。提高医保治理社会化、法治化、标准化、智能化水平，落实全区统一规范的医保政务服务事项清单，完善覆盖医保基金管理、业务经办管理、医药价格和招标采购管理等公共服务工作规范。促进标准化与信息化融合发展，将医保标准化贯穿信息化工作全过程，强化医疗保障标准管理维护，提升数据收集、分析、整理效率，加强标准实施的监督评价。

2.加快推进智慧医保建设。依托全区统一、高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息平台，发挥互联网在医保要素配置中的优化和集成作用，推动构建“互联网+”医保服务体系。结合医保信息数据汇聚、开发、共享、运营等需求，规范数据管理，保障数据和服务的可靠性、可用性、真实性、有效性，依法保护参保人员基本信息和数据安全。提升医保大数据综合治理能力，推动大数据、人工智能、物联网、云计算、区块链等新技术在医保管理中的运用，拓展医保电子凭证使用功能，推进医疗保障经办业务一站式服务、一窗口办理、一单式结算，实现预约就诊、费用结算、医保报销等医保电子凭证“一证通”。优化异地就医结算服务，简化备案程序，扩大异地就医保障范围，健全异地就医结算业务协同处理和信息共享机制，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。加快推进商业健康保险一站式结算服务。全面打造场景化医保服务，不断提升公共服务水平。同时，保留并优化传统窗口式服务，保障老年人等特殊人群医疗保障公共服务的可及性、适用性。

专栏6 推进智慧医保数字化建设

1.高标准推进医保信息化平台建设：借助“互联网+”和大数据等信息技术手段，实现数据信息互联互通，做好医保经办管理服务、支付、监管、运行评价的信息化、标准化和智能化。

2.执行自治区开发的医保智能决策支持系统：执行全方位、多角度、可视化医保智能决策支持系统和基金数据治理、运行评价、风险评估、预测预警、中长期精算等决策分析。

3.提升医保大数据综合治理能力：加强跨部门数据协同共享，推进医疗电子票据使用，推动大数据、人工智能、物联网、云计算、区块链等新技术在医保管理中的运用。

4.建立医保信息化安全生态：搭建信息安全子系统，建设云平台安全体系。

5.普及应用医保电子凭证：实现预约就诊、费用结算、医保报销等电子医保凭证“一证通”。

6.加快推进商业健康保险一站式结算服务，拓宽医保数字化运用范围。

7.推进全人群、全方位、全周期参保人健康管理。

3.加强医保经办服务体系建设。构建全县统一的医疗保障经办管理体系，推进服务下沉，加强乡镇经办机构服务窗口建设，健全覆盖县、乡、村三级医保经办服务网络。根据参保人口比例配备经办人员，引进高层次专业人才，打造与新时代医保公共服务要求相适应的专业化队伍。加强系统作风建设，建立医保公共服务绩效评估体系，实施“好差评”制度，依托政务服务12345、医保窗口便民热线开展咨询服务，加强咨询服务能力建设，提高运行效率和服务质量。规范社会组织参与医保经办服务，健全激励约束机制。完善商业保险承办城乡居民大病保险运行管理制度，创新“共保联办”委托方式。

专栏7 大力提升经办管理服务能力

1.推进医保经办业务“全区通办”，大力推进服务下沉，健全覆盖县、乡、村三级医保服务网络。

2.加强工作人员配备：按照服务参保人数和服务量等情况，加强经办服务能力建设，打造与新时代医保公共服务要求相适应的专业化队伍，不断提升人员能力水平。

3.推进服务标准化：统一、规范、优化医保公共服务流程，规

范服务意识规范经办窗口设置、规范服务事项、规范服务流程、规范服务时限，推进标准化窗口和示范窗口建设。

4.强化公共服务绩效评估：实施“好差评”制度，依托政务服务12345、医保窗口便民热线开展咨询服务，注重运行效率和服务质量。

5.优化“跨省通办”：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、异地就医备案、门诊费用跨省直接结算、医疗保障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实现“跨省通办”。

（八）将巩固拓展脱贫攻坚成果与“十四五”规划相衔接

设立五年过渡期，落实自治区调整脱贫人口医疗保障资助政策，在逐步提高大病保障水平的基础上，大病保险对低保对象、特困人口和返贫致贫人口等进行倾斜支付。落实统一的医疗救助政策和基金管理制度，建立防范和化解因病致贫返贫长效机制，巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接，完善基本医保、大病保险、医疗救助“一站式”结算，提升城乡医疗保障公共服务水平。

四、保障措施

（一）坚持和加强党的全面领导

认真学习领会习近平总书记关于医疗保障工作的重要论述和指示批示精神，坚决贯彻执行党中央、自治区、市、县决策部署，强化党对医疗保障工作的全面领导。发挥各级党组织对医疗保障“十四五”规划的领导核心作用，加强对工作思路和任务部署的政治把关。医保部门成立规划落实小组，坚持把党的全面领导融入到医疗保障“十四五”规划落实的全过程，加强对规划实施情况的

评估分析和监督检查。坚持党管干部、党管人才原则，大力培养专业人才，建立与医疗保障事业发展相适应的人才队伍，为完成规划任务提供坚强人才保障。将重要指标纳入年度效能目标管理考核中，为完成规划任务提供坚强的制度保障。聚焦宗旨意识、人民立场，把从严治党纳入全民医疗保障“十四五”规划落实全过程，坚持失责必问、问责必严，为完成规划任务提供坚强政治保障。

（二）实施法治医保建设

坚持依法决策、依法行政、依法执法共同推进，推动法治医保与法治政府、法治社会一体建设，在医疗保障系统形成依法治理新格局。加快建设职能科学、权责法定、执法严明、公开公正、智能高效、廉洁诚信、人民满意的“法治医保”体系。严格行政执法，规范医保行政执法程序和标准，发挥法律顾问作用，不断提高执法水平。建立健全基金监管执法公示全过程记录制度，加强大数据等信息技术在医保服务和监管中的应用，提升医保行政管理和执法人员监管能力。推进全民普法，落实医疗保障“八五”普法规划，深入开展法治宣传教育，增强法治宣传教育实效。

（三）强化财政投入保障

县财政要合理安排医疗保障事业投入，不断增强财政的保障能力，健全资金保障体系，确保医疗保障能力建设项目专项资金足额及时拨付到位，健全医疗保障资金分配使用管理和项目建设规范，提高资金使用管理的科学性和规范性。加强资金监管和绩效评价，确保医疗保障公共服务机构正常运转。

（四）推进部门协同联动

建立部门协作联动机制，加强与发改、财政、卫健、税务、工信、人社、市场监管、民政、审计等相关部门（单位）沟通协调，精心组织实施，确保规划各项任务落地见效。要切实增强全局观念、大局意识，各司其职，协同推进，认真研究解决工作中的新情况、新问题，推动规划落实落地。

（五）营造良好宣传氛围

坚持正面宣传和舆论引导，加强医疗保障政策解读和宣传服务，提高群众政策知晓度，及时回应社会关切，合理引导社会预期。主动宣传平罗县全民医疗保障“十四五”规划重点任务落实进展成效。加强对两定医药机构和广大参保人员有关医保法律法规政策宣传，提高医药机构和参保人员法治意识，营造全社会关心支持医疗保障事业发展的良好氛围。

（六）加强监督考核评价

运用信息化和大数据手段监测评估重大改革任务落实，加强重要指标统计分析，积极开展规划实施年度监测分析、中期评估和总结评估，统筹研究解决规划实施过程中的新情况新问题。健全监督考核制度，拓宽民主监督渠道，自觉接受人大、政协和社会监督，支持民主党派、无党派人士围绕医疗保障规划建言献策，畅通群众诉求和意见表达渠道，全方位监督规划落地情况。