

株洲市医疗保障局文件

株医保发〔2021〕3号

株洲市医疗保障局

关于印发《2021年株洲市医疗保障工作要点》的 通 知

各县市区医疗保障局、云龙示范区劳动和社会保障局，局属各单位、科室：

现将《2021年株洲市医疗保障工作要点》印发给你们，请抓好落实。



（此件依申请公开）

株洲市医疗保障局办公室

2021年2月23日印发

2021 年株洲市医疗保障工作要点

2021 年全市医疗保障工作的总体要求：以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻习近平总书记考察湖南重要讲话精神，全面落实中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》文件精神，按照全省医疗保障工作会议要求和市委、市政府决策部署，坚持以人民为中心的发展思想，坚定不移贯彻新发展理念，持续深化医疗保障制度改革，打牢“十四五”发展基础，实现全市医疗保障事业高质量发展，为全省实施“三高四新”战略，为全市加快建成“一谷三区”、加快实现基本现代化做出新的更大贡献，以优异成绩庆祝建党 100 周年。

具体工作思路为“12345”，即抓牢一个关键，把握两大重点，深化三项改革，推进四个建设，完善五项制度。

一、抓牢一个关键

统一规范全市医疗保障基本政策。按照国家局、省局医疗保障待遇清单制度要求，建立我市医疗保障待遇清单管理制度，明确基本医疗保险待遇清单和各级医保部门决策权限。全面梳理全市各类医疗保障政策，巩固提升市级统筹质量，推动实现基本政策标准公平统一，政策执行步调一致。结合重特大疾病医疗保险和救助制度，统筹研究与乡村振兴战略相衔接的医保政策，根据《湖南省医疗救助办法》文件精神，结合我市实际情况，出台《株洲市医疗救助办法》，建立防范因病致贫返贫的长效机制。规范统一医疗救助对象范围，统一明确低收入对象、

因病致贫患者认定标准；统筹提高救助限额，合理控制政策范围内自付费用比例；做实救助基金管理，促进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调。

二、把握两大重点

（一）健全多层次医疗保障体系。强化基本医疗保险、大病保险与医疗救助三重制度综合保障、梯次减负功能，促进各类医疗保障互补衔接。根据经济发展情况和基本医疗保险、大病保险、医疗救助的保障水平，鼓励和支持商业保险公司开发面向全体基本医疗保险参保人员投保的普惠型商业健康保险产品。鼓励商业保险公司将医保目录外的合理医疗费用纳入保障范围，推进多层次医疗保障体系建设。

（二）高质量编制医疗保障“十四五”规划。根据《株洲市“十四五”规划编制工作方案》的要求，对标国家“十四五”医疗保障规划，结合省医疗保障“十四五”规划，高质量编制全市医疗保障“十四五”规划，并抓好组织实施。

三、深化三项改革

（一）深化医保支付方式改革。加强医疗保险基金预算管理，全面推行以总额控制为主的多元复合式医疗保险支付方式。在全市推行按病种付费、按人头付费、按床日付费等多种付费方式改革。医疗保险支付方式改革覆盖所有医疗机构及医疗服务，逐步建立起与基本医疗保险制度发展相适应、激励与约束并重的多元复合式医疗保险支付制度。积极探索总额控制管理DRG付费工作，学习湘潭和郴州DRG付费工作先进经验，推

动 DRG 付费工作在我市全面落地。

（二）深化医保门诊保障改革。按照国家局、省局部署，改革职工医保个人账户，建立普通门诊统筹制度；创新城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障管理模式，探索通过政府购买服务的方式，引进社会力量参与“两病”服务，全面提升慢病健康管理效能。通过门诊支付方式改革，杜绝门诊和住院支出两头翘的局面，促进医疗保险从保基本、保治疗向保健康转变。

（三）深化个人账户改革。进一步拓展个人账户功能，实现个人账户一体化使用，充分激发个人账户在“防未病”上的积极作用。通过扩展保障对象、拓宽保障范围，包括使用个人账户资金购买商业健康保险等手段，提高个人账户互助共济能力，实现家庭成员共享、功能范围扩展。

四、推进四个建设

（一）推进医药带量采购常态化机制建设。坚持招采合一，量价挂钩，扩大株洲联盟地市的规模，扩大株洲联盟药品耗材带量采购的品种，健全株洲联盟医药集中限价采购平台相关功能；推进全市低值医用耗材及检验试剂集中采购工作；严格落实国家、省际联盟、省级集采药品和耗材政策；推进落实带量采购医保资金结余留用激励机制；落实医药价格和招采信用评价制度。

（二）推进长期护理保险制度建设。按照国家、省统一部署，探索建立长期护理保险制度。完善多元筹资机制，均衡各方责任，建立稳定、可持续的多元筹资渠道；明确待遇支付程

序、范围、水平，完善公平适度的待遇保障机制；加强基金管理、服务管理和经办管理，探索社会保险领域治理创新，确保基金安全，力争在“十四五”期间，基本形成适应我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，推动建立健全满足群众多元需求的多层次长期护理保障制度。

（三）推进医保信息化平台建设。根据省医保局信息平台建设总体规划和进度安排，积极配合完成医保药品、医保医用耗材、医疗服务项目“三目录”和医保门诊慢特病病种、医保按病种结算病种、医保日间手术病种“三病种”等 6 项编码标准的编码映射、政策标识、审核质控、双码测试工作；完成医保疾病诊断和手术操作、医保系统单位、医保系统工作人员、定点医疗机构、医保医师、医保护士、定点零售药店、医保药师等 8 项信息业务编码全量维护、及时入库、动态调整；搭建好医保基金结算清单应用环境，并进行测试，确保在 2021 年 3 月底前全面完成国家局对 15 项信息业务编码标准的验收审核。加快医保电子凭证推广应用，提升医保电子凭证激活率和两定机构中的覆盖面，逐步拓展医保电子凭证的应用场景，推动全市医保电子凭证“全覆盖”。依托参保单位、医院、药店、门诊、乡镇卫生院和村卫生室的基层工作人员，以及面向大中专在校学生等特定人群，多渠道、多层次、全方位推广医保电子凭证激活应用工作。适时将医保电子凭证与温暖企业等重点工作有效衔接，通过将医保电子凭证激活应用工作与其他重点工作的联动，快速扩大医保电子凭证的社会效应和曝光率。

（四）推进医保经办服务建设。贯彻落实国家医保局《关于推进医疗保障经办体系改革的意见》，完善相关配套制度，建立健全基本医疗保险经办机构与协议定点医疗机构的协商谈判机制。按照省医保局的部署，加快构建全市统一的医保经办管理体系，大力推进服务下沉，逐步实现市、县、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖。加强经办队伍建设，开展创先争优活动，打造与新时代医保公共服务要求相适应的专业队伍。实行“一窗通办、集成服务”的综合柜员制，按照前台受理、后台办理、内部流转的服务模式，打造群众满意的示范窗口。持续推进系统行风建设，进一步巩固“好差评”制度，建立健全行风建设长效机制，推动医疗保障工作理念、制度、作风全方位深层次变革。

五、完善五项制度

（一）完善医保目录动态调整机制。着力抓好 2020 版国家医保目录的落实落地，尽快调整信息系统、完善支付政策，确保群众能够及时报销新增药品；按规定落实好谈判药品、特殊药品支付政策，让群众用上更多质量更高、价格较低的药品。规范诊疗项目和医疗服务设施目录，建立动态调整办法，按照省医保局规定将符合临床必需、安全有效、费用适宜的新增诊疗项目纳入医保目录，对已纳入医保目录、但容易滥用的诊疗项目规范临床使用。根据省医保局工作要求，加强对医院制剂、民族药、中药饮片、特殊药品的规范管理，逐步建立动态调整机制。落实国家、省关于基本医疗保险医用耗材管理的规定。

（二）完善医保基金监管法规与制度。将学习、宣传和贯

彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》作为 2021 年医保基金监管工作的首要任务。组织开展“宣传贯彻条例、加强基金监管”集中宣传活动，加大典型案例曝光力度，开展“三假”专项整治、存量问题“清零行动”，持续深入打击欺诈骗保，确保监督检查全覆盖。优化基金监管队伍结构，强化业务培训，提升监管能力和水平。推动智能监管建设，完善智能监控规则，提升智能监控能力。建立健全监管执法体系，提高执法效率和规范化水平。建立全市医疗保障基金综合监管协同工作机制，完善协同工作制度，凝聚监管合力。持续引入第三方力量参与监管，发挥社会监督作用，完善社会监督员工作机制。探索建立定点医药机构综合绩效考评等管理机制，引导定点医疗机构和医师严格自律，自觉规范医保相关医疗服务行为。

（三）完善医疗服务价格管理制度。调整规范全市基层医疗卫生机构医疗服务价格，建立医疗服务价格动态调整机制，优化医药费用结构，逐步理顺医疗服务比价关系。按照省医保局新增医疗服务价格项目和特需医疗服务项目管理有关规定，指导和组织医疗机构申报新增医疗服务项目，提升医疗机构医疗技术水平。

（四）完善医保协议管理制度。根据国家局、省局“两定”机构管理办法，制定我市相关实施细则，优化定点申请、专业评估、协商谈判等程序；健全协议医疗机构谈判准入和退出机制，规范协议指标调整的条件和流程；修订完善协议医疗机构考核细则，进一步规范“两定”机构管理。

（五）完善异地就医管理制度。按照国家局、省局统一部署，进一步完善异地就医政策，加快推进跨省异地就医门诊费用直接结算，扩大市内一、二级医疗机构异地联网结算接入比例，提高直接结算率，基本满足参保人员的就医需求；加快实现省内个人账户异地住院、购药直接结算；扩大异地就医结算种类，推进特门特药、单病种、生育保险异地联网直接结算。