

株洲市“十四五”医疗保障事业发展规划

(市医疗保障局)

“十四五”时期是全面建成小康社会、实现第一个百年奋斗目标之后，乘势而上开启全面建设社会主义现代化新征程、向第二个百年奋斗目标进军的第一个五年。省委、省政府提出“三高四新”战略，株洲正处于“培育制造名城，建设幸福株洲”的新阶段。

“十四五”规划是开启全面建设我市医疗保障事业新征程的第一个五年规划，株洲市医疗保障局作为中国特色医疗保障制度改革的重要执行者、健康株洲战略的重要参与者、医疗保障服务的重要提供者、社会公平正义的重要维护者，通过深入学习贯彻党的十九届五中全会精神和习近平总书记考察湖南重要讲话精神，株洲市医疗保障部门将深刻认识“十四五”时期面临的新形势新任务新要求，准确把握战略机遇期内涵的深刻变化，更加有效应对各种风险挑战，振奋精神，勇于担当，积极进取，不断开创医疗保障事业发展新局面。

医疗保障是关系全民健康福祉的事业，是一项重大的民生工程，要站稳人民立场，进一步解放思想，加大改革力度，不断提升医改总体成效。要创新改革举措，着力破解突出问题，用好用活国家赋予株洲有关政策，结合数字株洲建设，加快医保大数据等信息化平台建设，严厉打击欺诈骗保行为，积极探索医疗保障新模式、新机制，确保医疗保障继续走在全省前列。要提升服务水平，加大医保领域“放管服”深度力度，加快长株潭医保一体化、跨省异地就医工作步伐，切实增强群众获得感、幸福感。要紧盯重点区域重点人群，兜紧医疗保障底线，坚决防止群众因病返贫致贫。要优化服务，坚持传统服务方式与智能化服务创新并行，为各类群体提供便利、可及、标准、规范的服务。各相关部门要履职尽责、协调配合，推动医改工作落地见效。为绘好“十四五”发展蓝图，结合株洲实际，制定本规划。

第一章 规划背景和面临形势

第一节 发展基础

“十三五”时期是医疗保障事业发展极不平凡、极为重要的五年，特别是2019年株洲市医疗保障局成立以来，全市医疗保障系统紧紧围绕“健康株洲、医保护航”工作主线，统筹做好促改革、惠民生、防风险各项工作，面对艰巨繁重的改革发展稳定任务，全面完成了“十三五”时期各项任务，对维护改革发展稳定大局做出了积极贡献，为今后事业发展奠定了坚实基础。特别是面对新冠肺炎疫情严重冲击，医疗保障部门攻坚克难、砥砺奋进，坚决贯彻落实市委、市政府疫情防控决策部署，把政治要求转化为做好防控工作的实际行动，展现了株洲医保的为民情怀与责任担当。全市医疗待遇保障水平稳步提高，医保服务能力不断增强，在解决群众看病难、看病贵问题上取得实质性进展。

1. 保障体系日趋健全。按照兜底线、织密网、建机制的要求，逐步构建覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次社会保障体系。整合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度，建立统一的基本医疗保险制度，将职工医保参保范围外的人员，全部纳入城乡居民医保制度保障范围，实现城乡居民公平享有基本医疗保障权益。全面实施大病保险和补充医疗保险制度，积极推进“基本医疗保险+大病保险+扶贫特惠保+医疗救助+医院减免+财政兜底”的六位一体健康扶贫模式，全面落实医保扶贫政策。深化医保支付制度改革，完善城镇职工医保基金总额控制管理办法，全面推行以总额控制为主，按病种付费、按人头付费、按床日付费等多种付费方式相结合的复合式医保支付方式改革，建立了“总额预付、结余留用、合理超支分担”的激励和风险分担机制。截至2020年底，全市城镇职工医保统筹基金累计结余21.27亿元，按2020年月平均支付水平1.15亿元/月计算，可支撑18个月。全市城乡居民医保基金运行良好，在报销比例稳居全省前列的情况下，基金每年均略有结余。全市城乡居民医保基金累计结余20.75亿元，按2020年月平均支付水平2.05亿元/月计算，可支撑10个月。

2. 保障人群范围扩大。实施全民参保计划，推进职工医保与生育保险合并实施，两险合并后，实现统一参保登记、统一基金征缴和管理、统一医疗服务管理、统一经办和信息服务。通过整合两项保险基金及管理资源，强化基金共济能力，降低管理运行成本，实现两项保险长期稳定可持续发展。全面落实医疗保险费征管体制改革要求，2019年1月开始，医疗保险征管职责顺利移交税务部门，部门联动、相互配合，实现

了应保尽保、应收尽收。截至 2020 年底，我市城镇职工参保人数 74.95 万人，城乡居民参保人数 308.93 万人，合计 383.88 万人，基本医疗保险参保率一直稳定在 95% 以上。

3. 保障水平明显提高。医保报销额度不断提高，城镇职工统筹基金、大病医疗互助年度累计结算总限额提高至 40 万元。开展大病特药工作，有效缓解了大病患者和困难群体的医疗费用负担。城乡居民基本医疗保险保障水平大幅提高，全市城乡居民医保筹资标准由 2015 年的 470 元 / 人逐年提升到 2020 年 800 元 / 人。建立城乡居民大病保险制度，筹资标准由 2016 年的 27 元 / 人提高到 2020 年的 65 元 / 人。城乡居民住院政策范围内报销比例从启动之初的 40% 左右提高到 2020 年的 65% 以上，年度最高报销金额从启动之初的 8000 元提高到 2020 年的 45 万元；特殊门诊病种种类从 3 种提高到 43 种，报销比例从 50% 提高到 70%。生育津贴发放天数达到 158 天，生育待遇水平提高到人均 2.6 万元。

4. 保障能力全面提升。成立株洲市各级医疗保障局，形成全市统一的医保管理体系。在“三保合一”的基础上，整合原发改委的药品和医疗服务价格管理、原民政局的医疗救助等职能，健全医疗保障管理体制。积极实施惠民举措，在全省率先出台“惠民便民利民二十条措施”。推进医疗保障公共服务标准化规范化，大力推进服务下沉。积极引入社会力量参与经办服务，加强经办队伍能力建设。加快构建全市统一的医疗保障经办管理体系，打造与新时代医疗保障公共服务要求相适应的专业化队伍，持续推进医保治理现代化、法治化。

5. “两病”保障全国领先。全面开展城乡居民门诊统筹工作，贯彻落实国务院关于高血压、糖尿病门诊用药保障的重大决策部署，在省内率先出台“两病”门诊精细化管理实施方案，得到国家医保局和省医保局的高度肯定。针对“两病”门诊用药出现的宣传力度不够、申报认定不便、基层药品短缺等难点堵点，通过精准宣传、简化流程、下放权限、送药上门、强化考核、创设“医联体药柜”等举措，全面打通“两病”门诊用药“最后一公里”。截至 2020 年底，全市高血压门诊就医 16.68 万人，总费用 1775.17 万元；糖尿病门诊就医 9.01 万人，总费用 2541.39 万元。“两病”政策范围内报销比例均达 70%。

6. 医药招采全面推进。株洲作为我省唯一的医药集中带量采购及相关配套改革试点城市，首创“五市联盟”药品带量采购模式。2020 年集中带量采购药品 21 个，平均降幅达 55.71%，最高降幅达 98.3%。按中选价格计算，为五市节省药品采购费用约 2.05 亿元，其中我市节省 4766.70 万元。将采购周期由一年延长为两年，通过延长采购周期使我市药品采购量翻倍，促使药品生产企业积极投标降价。对在 2019 年 1 月 1 日以后外省开展的省级药品带量采购项目中中选，且价格低于省采购平台挂网价格的，中选

企业可以申请将外省中选结果落地我市。创建株洲联盟医药集中限价采购平台，评选规则全程数据化。同时，全面推动国家第一批、第二批、第三批集采药品和国家集采冠脉支架、省抗菌药物专项带量采购中选药品，以及广东省联合集中采购新冠肺炎核酸试剂、陕西省联盟带量采购人工晶体落地，一年可节省采购费用 2.60 亿元。

7. 医疗服务价格规范。以全面取消公立医疗机构医用耗材加成调整医疗服务价格为契机，按照“总量控制，结构调整，有升有降，逐步到位”的原则，全力推进全市公立医疗机构医疗服务价格调整工作，着力解决我市医疗服务价格整体低于全省平均水平、医务人员的劳动价值没有得到充分体现、我市县级二级医院部分医疗服务价格高于市级三级医院、各县区医疗服务价格“一县一价”等四个方面的突出问题。印发《株洲市全面取消公立医疗机构医用耗材加成规范和调整医疗服务价格实施方案》，4517 项医疗服务项目价格得到一次性规范，是我市历史上医疗服务价格调整范围最广、力度最强、影响最大的一次，也是全省医疗服务价格调整幅度最大的市州，达到了医保基金可承受，群众负担总体不增加，医院发展可持续的目标。

8. 基金监管成效显著。深化打击欺诈骗保专项治理，构建医保监管信用体系，完善了包括飞行检查、日常稽查、专项检查等多形式监管检查制度，全面打开了基金监管工作新局面。初步形成医药机构“不敢骗、不想骗、不愿骗”的监管格局。定点医药机构监督检查覆盖率达到 100%。整合县市区医保局、城乡居民医保大病保险承保公司、第三方服务机构监管力量，按一定比例对全市定点医药机构进行抽查复查。截至 2020 年底，全市共现场核查协议医疗机构 2155 家次，现场核对参保人 7.58 万人次，核查协议零售药店 2067 家次，全市定点医药机构查处违规金额 6531 万元。

9. 抗击疫情彰显担当。在全省率先出台《关于做好“新型冠状病毒感染肺炎”患者救治保障工作的通知》，确保患者不因费用问题得不到及时救治，确保医疗机构不因医保总额预算管理规定而影响救治，2020 年全市医保系统向定点收治医院预付专项医保基金 3900 万元，医疗救助基金 100 万元，新冠肺炎确诊和疑似患者救治医疗费用医保基金结算 483.41 万元。成立保障防疫消杀用品市场供应领导小组，协调监督 8 大连锁药店全力保障防疫消杀用品市场供应，助力企业复工复产。2020 年对全市参保企业和灵活就业人员，实施职工基本医疗保险费阶段性减半征收政策，为参保企业和灵活就业人员减免职工基本医疗保险费 3.12 亿元。为缓解疫情对企业的影响，允许参保企业缓缴职工医疗生育保险，缓缴时长达 6 个月。在全省率先推出疫情防控期间利企便民医保“新十条”，实行“线上办”、“容缺办”，为办事群众和复工企业提供更有温度、更有速度、更有力度 of 医保服务，全力打造好推进企业复工复产的“服务站”。

10. 医保扶贫助力清零。全面实现“参保有资助、待遇有倾斜、管理服务更高效、

就医结算更便捷”。与扶贫部门建立沟通联系机制，将新识别的贫困人口信息及时录入医保系统，并进行身份标识。建档立卡贫困人口、特困人员在县域内住院就医按“基本医疗+大病保险+扶贫特惠保+医疗救助+医院减免+政府兜底”等六重保障依次给予报销。全面推行实行“一站式服务、一单制结算”，让数据多跑路，让群众少跑路。2020年资助参保金额为4152.88万元，贫困人口参保率达100%。截至2020年12月底，县域内住院“一站式”结算6.05万人次，补偿金额2.53亿元。农村贫困人口在县域内住院综合补偿比例达到89.29%，县域外住院共补偿贫困人口数4597人次，补偿金额4535.71万元。大幅减轻贫困户就医负担，为贫困家庭撑起健康“保护伞”。

11. 市级统筹稳步推进。认真贯彻省医保局等三部门《关于全面实行基本医疗保险和生育保险市级统筹的实施意见》文件精神，结合株洲实际，明确了株洲市医保市级统筹“七统一”的具体实施路径，即统筹险种统一、基本政策统一、医疗服务价格统一、基金管理统一、服务管理统一、就医管理统一、信息系统统一。2020年5月18日，以市政府办名义印发了《株洲市全面实行基本医疗保险和生育保险市级统筹实施方案》。明确了基金实行市级预决算管理，市级统收统支。做实配套办法，完善管理措施，出台了市级统筹配套管理办法。对各县市区基金运行情况进行了全面审计和清算，经审计后，各县市区累计结余基金在2020年9月底之前统一归集、上解至市级财政专户，并按当年统筹基金筹资总额的10%建立市级风险储备金。截至2020年底，全市共上解基金13.9亿元。

12. 公共服务更加优质。统一医保经办政务服务事项清单，全面梳理政务服务事项目录，实行清单式管理，进一步规范各项业务流程，精简审批资料。纵深推进“互联网+医保服务”改革，按照“一件事一次办”工作要求，改革医保路径，推进服务事项网上经办，让信息多跑路、群众少跑腿；深入开展建四型机关，创一流工作；业务能力提升；窗口单位服务标准化等活动。提升服务能力水平，加强经办队伍能力建设，建立完善行风建设工作体系和长效机制，全面实施好差评制度，持续推进经办窗口行风建设。

株洲市“十三五”医疗保障事业发展指标完成情况

指 标	单位	十三五目标数	完成数	属性
基本医疗保险参保率	%	> 95	> 95	约束性

注：1、基本医疗保险参保率，统计全口径基本医疗保险参保人数包括城镇企业职工基本医疗保险和城乡居民保险参保人数，且包括在省直参保的央企等人数。2、“十三五”目标完成数时间截止到2020年12月底。

第二节 发展环境

近年来，党中央、国务院对医疗保障工作的重视程度和领导力度持续加大。习近平总书记多次对做好医疗保障工作作出重要指示，反复强调要强化互助共济功能，把更多人纳入保障体系，为人民群众提供更可靠、更充分的保障。近年来的新冠肺炎疫情、脱贫攻坚、乡村振兴，无不凸显了医疗保障在稳定经济社会发展中的“压舱石”作用，不断巩固发展全民医保已成为社会各界的共识。单独组建医保局以来，国家医保局高度重视医保制度的顶层设计，先后推动出台《关于深化医疗保障制度改革的意见》《“十四五”全民医疗保障规划》《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》等文件；创造性的开展药品和耗材带量采购，建立了一套全新的医药采购和定价模式；以前所未有的力度打击欺诈骗保，着力构建基金监管新格局。医保制度体系的四梁八柱搭建地更加坚实，医保改革的目标更加明确，路径更加清晰，措施更加务实。为保障和改善民生，我们党在社会保障、医疗卫生等方面推出一系列重大举措，注重加强普惠性、基础性、兜底性民生建设，推进基本公共服务均等化，实现十三亿六千万人拥有基本医疗保险。三年多来，全市医保系统促改革、谋发展，探索医药带量采购、加强医保基金监管，成绩显著、成效斐然，全市医疗保障事业达到了前所未有的发展高度，也为更高质量发展打下了坚实基础。2021年，株洲市如期全面上线新的信息系统，解决了长期想解决未解决的难题，补齐了医保事业的最大短板。系统上线后，省医保局将继续对系统进行精雕细琢，不断完善功能，在医保大数据分析、智能监控等方面充分发挥优势，为医保决策、基金监管、经办服务提供有力的技术支撑，医保精细化管理将走上信息化高速路。

“十四五”时期，市委、市政府提出“培育制造名城，建设幸福株洲”的发展目标，给全市医疗保障事业发展带来了更大机遇，我们要辩证认识和把握发展大势，增强机遇意识和风险意识，准确识变、科学应变、主动求变，善于在危机中育先机、于变局中开新局，为医疗保障事业新发展的五年规划开好局、起好步。

同时，“十四五”时期医疗保障事业发展也面临着诸多挑战：医疗保障发展不平衡不充分的问题，随着人口老龄化的到来更加突出；医疗保障体系在体现公平性、适应流动性、保证可持续性等方面有待加强，扩面征缴空间缩小，基金平衡、安全运行压力增大；看病难、看病贵问题上虽然取得了突破性进展，但医疗资源分配不均等客观因素仍然存在，医保支付面临的形势更加复杂。面对这些矛盾和问题，我们必须始终头脑清醒、沉着应对、保持定力、开拓创新、锐意进取，以最大的决心克服困难，以最大的努力解决问题，努力开创“十四五”医疗保障事业发展新局面。

第二章 发展思路和发展原则

第一节 发展思路

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻习近平总书记对医疗保障工作的指示精神，以改革创新为根本动力，以满足人民日益增长的美好生活需要为根本目的，以中央《关于深化医疗保障制度改革的意见》为指引，坚持新发展理念，紧扣社会主要矛盾变化，大力建设“三高四新”的战略，按照“聚焦、裂变、创新、升级、品牌”思路，突出“健康株洲、医保护航”的工作主线，坚持“倾真情为人民群众优质服务，尽全力让人民群众真心满意”的工作宗旨，秉承“规范、诚信、和谐、发展”的管理理念，持续加强自身能力建设，全面提升医保治理能力和服务水平，全面实行以政策统一为基础，以基金统收统支为核心，以基金预算管理为约束，以统一信息系统为支撑，以统一经办管理服务为依托，以防控基金运行风险为目标的医疗保障制度，努力提升人民群众的获得感、幸福感、安全感，推动全市医疗保障事业再上新台阶。

到2025年，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、医保管理服务等相关领域的改革任务。到2030年，全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系，待遇保障公平适度，基金运行稳健持续，管理服务优化便捷，医保治理现代化水平显著提升。

第二节 发展原则

——坚持党的全面领导。始终坚持党对医疗保障工作的领导，完善株洲特色医疗保障制度，坚持制度的统一性和规范性，增强制度的刚性约束，为医疗保障制度更加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身体健康放在首位，提供更加公平、更加充分、更高质量的医疗保障，使改革发展成果更多惠及全体人民，增进民生福祉，促进社会公平，推进共同富裕。

——坚持保障基本、更可持续。坚持实事求是，尽力而为、量力而行，把保基本理念贯穿始终，科学合理确定保障范围和标准，纠正过度保障和保障不足问题，提高基金统筹共济能力，防范和化解基金运行风险。

——坚持系统集成、协同高效。准确把握医疗保障各方面之间、医疗保障领域和相关领域之间改革的联系，建立基本医疗体系、基本医保制度相互适应的机制，统筹

谋划，协调推进，汇聚改革合力，推动医疗保障改革取得更大突破。

——坚持精细管理、优质服务。深入推进医保领域“放管服”改革，加强管理服务能力建设，优化定点医药机构管理，健全基金监管长效体制机制。坚持传统服务方式和智能化应用创新并行，为群众提供更贴心、更暖心的服务。

——坚持共享共治、多方参与。促进多层次医疗保障有序衔接、共同发展，形成政府、市场、社会协同保障的格局。强化多主体协商共治，调动各方面积极性，凝聚改革发展共识，提高医疗保障治理水平。

第三节 发展目标

按照省医保局和市委、市政府的统一部署，到 2025 年，我市医疗保障制度更加成熟定型，从贯彻落实新发展理念角度着重处理好保障与持续、管理与服务、统筹与创新、治已病与治未病、内部与外部五大关系，在优化资源配置、防范化解风险、推动供给侧结构性改革等方面主动融入双循环新发展格局，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保管理服务等关键领域的改革任务。具体达成以下建设目标：

公平医保。全民医保覆盖水平和质量稳中有升。筹资待遇更加公平，地区间缴费进一步均衡，待遇清单制度有序实施，住院费用报销比例保持稳定，门诊共济保障能力明显提升。医保工作与经济社会发展相匹配，与城乡均衡相适应。医疗救助托底保障功能持续增强，医疗保障公共服务可及性显著提升。

高效医保。医保基金战略购买作用进一步发挥，资源配置功能更加强化，基金在基层医疗机构支出占比稳步提高，统筹水平得到提升。以总额控制为主，按病种付费、按人头付费、按床日付费、按 DRG 付费等多种付费方式相结合的复合式医保支付方式全面推行。协议管理不断优化，带量采购、支付方式改革等工作常态化推进，医保改革更加精准有效。医防结合更加紧密，慢病健康管理和重大疾病保障取得新进展。价值导向型医疗得到实践运用。医保工作通过项目化的管理方式在实践中发挥成效。

智慧医保。医保数字化发展加快，信息化标准化基础全面加强，经办服务能力得到提升。开放共享应用水平显著提高，大数据、人工智能、物联网、区块链等技术在医疗保障管理服务中逐步应用，医保电子凭证普遍应用，智能监管全面推广，药品全网供应保障的智能化调度水平显著提高，政务服务事项线上办理率明显提高，异地就医结算更加便捷。

法治医保。基本医疗保障制度更加成熟定型，制度、框架更加规范统一，体系更

加完善，多主体协商的共建共治共享机制进一步健全，完善医疗保障法律法规政策取得阶段性成果，基金监管长效机制基本建立。

安全医保。医保基金运行安全稳健，各方缴费责任更加均衡。管理方式不断创新，第三方监管发挥作用。基金结余合理、风险可控，多层次医疗保障衔接有序。工会互助、慈善捐赠、相互保险和网络互助等机构或平台更加规范，个人隐私保护得到全面加强。

诚信医保。参保单位、定点医药机构、药品耗材供货和配送企业和参保人员医保信用记录更加完善，信用修复机制更加健全，守信联合激励和失信联合惩戒机制等举措不断落实，医保系统社会信用体系建设得到加强，医保信用体系建设更加制度化、规范化。

“十四五”主要发展指标

指标 维度	主要指标	指标说明 (统计周期内/政策范围内)	2025 年	2020 年	指标 属性
参保 覆盖	基本医疗保险 参保率	全市参保人数 / 全省常住人口数	95% 以上	95% 以上	约束性
基金 安全	基本医疗保险 (含生育保险) 基金收入		收入规模与 经济规模更 加适应	55.51 亿 元	预期性
	基本医疗保险 (含生育保险) 基金支出		支出规模与 经济发展水 平、群众疾 病健康需求 相适应	49.69 亿 元	预期性
	基本医疗保险基金结余		保持在合理 水平	5.82 亿元	预期性
保障 程度	职工医保住院费用政策范围内报销比例	职工医保住院实际报销费用 / 政策范围内住院总医疗费用	稳定在 80% 左右	82.27%	约束性
	居民医保住院费用政策范围内报销比例 (含大病保险)	居民医保住院实际报销费用 / 政策范围内住院总医疗费用	稳定在 70% 左右	72.04%	约束性
	重点救助对象符合规定的医疗费用住院救助比例		70% 左右	/	预期性

指标 维度	主要指标	指标说明 (统计周期内/政策范围内)	2025 年	2020 年	指标 属性
精细 管理	住院费用按疾病诊断相关分组或按病种付费费用占住院费用的比例	住院费用按疾病诊断相关分组或按病种付费费用 / 住院费用	70% 左右	/	预期性
	公立医疗机构通过集中采购平台线上采购率		药品达到 90%、高值医用耗材达到 80%	80%	预期性
	药品、医用耗材集中带量采购品种	药品、高值医用耗材集中带量采购种类	药品 500 个品种以上，高值医用耗材 5 类以上	药品 112 个品种、高值医用耗材 1 类	预期性
优质 服务	医疗保障政务服务满意率		85% 以上	/	预期性
	医疗保障政务服务事项线上可办率	政务服务事项线上可办数量 / 政务服务事项总数	80%	/	预期性
	医疗保障政务服务事项窗口可办率	政务服务事项窗口可办数量 / 政务服务事项总数	100%	/	预期性

第三章 主要任务

第一节 健全覆盖全民的多层次医疗保障体系

坚持尽力而为、量力而行，着力解决好群众各项“急难愁盼”问题，完善覆盖全民、多层次、多支柱医疗保障体系，推进医保转移接续，健全基本医疗保险筹资和待遇调整机制。发展医疗保险体系。健全重大疾病医疗保险和救助制度，落实异地就医结算，积极探索长期护理保险制度，积极发展商业医疗保险，加强医疗保险基金监管。完善灵活就业人员医保制度。健全分层分类的医疗救助体系。

1. 完善基本医疗保障制度体系。继续完善城镇职工基本医疗保险制度、城乡居民基本医疗保险制度，积极推行补充医疗保险制度，构建多层次的医疗保障体系。深入推进基本医疗保险市级统筹，贯彻统筹险种统一、基本政策统一、医疗服务价格统一、

基金管理统一、服务管理统一、就医管理统一、信息系统统一，压实县市区政府基本医疗保险工作的主体责任，为实现全省统筹奠定基础。建立健全全市统一的医疗救助制度，加大对患重特大疾病造成家庭生活困难人员的救助力度。充分发挥医疗救助的托底保障作用，完善农村五保供养、特困户生活救治和医疗救助制度。抓好医疗救助政策与各类医疗保险有效衔接，适当拓展重特大疾病医疗救助对象范围。资助符合条件的残疾人加入城乡居民基本医疗保险。

2. 提高医疗待遇保障水平。严格执行国家基本医疗保险待遇清单管理制度，明确“保基本”的内涵、待遇调整的边界、政策调整的权限、决策制定的程序，完善与社会经济发展相适应的基本医疗保险制度，推动医疗保障各项制度健康协调发展。构建多层报销类别，保障待遇水平。全面落实基本医疗、大病保险、补充医疗、生育保险和医疗救助等保障体系，确保参保人员待遇落到实处。逐步扩大纳入医保支付的医疗机构中药制剂、针灸、治疗性推拿等中医非药物诊疗技术范围，鼓励提供和使用适宜的中医药服务。稳步提高生育医疗待遇保障水平，切实减轻家庭生育医疗费用负担，助力“三孩”生育政策落实。拓宽个人账户使用范围，加大个人账户购买商业健康保险政策支持力度，引导企业团购健康保险产品。深入推进异地就医结算，进一步扩大异地就医医疗机构范围，将符合条件的基层医疗机构纳入异地联网结算范围，推进实施异地安置、异地就医人员门诊医疗费用直接结算。进一步完善包括特殊病种门诊、普通门诊统筹和高血压、糖尿病门诊用药保障在内的城乡居民医保各项门诊保障政策。

3. 持续推进全民参保。加大开展医疗保险扩面执法专项行动力度，将非公经济组织从业人员、农民工、灵活就业人员、外来务工人员、新业态从业人员作为扩面重点，促进中小微企业和重点群体积极参保，做到应保尽保。引导和鼓励各类人员及早参保、长期参保、连续参保，提高参保缴费率。完善医疗保险补贴办法，促进低收入人群参保和断保人员续保工作。通过加强政策宣传，加大征缴力度，继续以县市区人民政府作为城乡居民医保动员参保工作的责任主体；按照基本医疗保险全覆盖的要求，加强与税务部门的衔接，以乡镇（街道）为支点、村（社区）组为末端，建立“税管员+医保专干+代征员”网格化管理机制；进一步稳定城乡居民医保参保率，到2025年底，基本实现法律和政策规定人员基本医疗保险全覆盖，确保全市常住人口参保率稳定在95%以上。

4. 推进多层次医疗保障体系健康发展。鼓励商业健康保险发展，加强产品创新和产品供给，引导商业保险机构设计包括罕见病在内的多种商业健康保险产品，满足人民群众多元医疗保障需求，支持商业保险机构开发标准化、普惠型的商业健康保险产品。加强医疗救助与慈善事业衔接。制定慈善组织参与救助的项目规划和实施方案，加强

慈善救助活动的监管。鼓励社会慈善捐赠，统筹调动慈善医疗救助力量，支持医疗互助有序发展，倡导社会力量兴办公益性养老、医疗机构。逐步形成“政府引导、社会共建、居民共享、平台服务”的医疗互助新模式，探索长期护理保险制度，积极应对人口老龄化，合理确定待遇保障范围和基金支付水平。建立促进和规范补充医疗保险发展的沟通协调机制，建立健全商业健康保险产品运营的风险预警和长效监管机制，加快健全多层次医疗保障体系，合理引导参保，持续改善服务，切实发挥商业健康保险在多层次医疗保障体系中的积极作用。

5. 实行医疗保障待遇清单制度。严格落实省医疗保障待遇清单，在清单授权范围内制定医疗保障政策，坚持规范决策权限，促进医疗保障制度法定化、决策科学化、管理规范化。统一住院起付标准、支付比例计算公式，明确门诊特殊病种支付范围，执行统一的基本医疗保险药品目录、医疗服务项目和设施范围，实施公平适度保障，纠正过度保障和保障不足问题。

6. 建立健全医疗救助制度。健全重大疾病医疗保险和救助制度。对接民政等职能部门，对于需要救助的对象，实施分类分层救助。探索罕见病用药多渠道梯次保障机制，落实基本医保药品目录、发挥慈善救助作用、精准实施医疗救助等途径，不断改善罕见病患者用药保障，减轻用药负担。探索建立防范因病致贫返贫的长效机制，支持慈善救助等社会力量积极参与，筑牢医疗托底保障防线。

7. 有效衔接乡村振兴战略。巩固拓展医保扶贫成果，合理确定困难群众医疗救助资助参保政策，实现农村低收入人口应保尽保。分类调整医疗保障扶贫政策，增强基本医疗保障功能，提高大病保险保障能力，夯实医疗救助托底保障，实现由集中资源支持脱贫攻坚向统筹基本医保、大病保险、医疗救助三重制度常态化保障平稳过渡。坚决治理医保扶贫领域过度保障，建立防范化解因病返贫致贫长效机制。全面推行参保人员市域内基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式”服务，提升农村地区经办管理能力；综合施策合力降低看病就医成本，引导实施合理诊疗促进有序就医，助力乡村振兴战略全面推进。

8. 构建突发重特大疫情医疗救治费用保障机制。建立重特大疫情医保基金提前预拨机制，在突发疫情等紧急情况时，及时启动医保基金应急拨付，确保医疗机构先救治后付费。健全重特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。根据国家要求落实特殊群体、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。厘清基本医疗保障和公共卫生服务保障功能，统筹基本医疗保险基金和公共卫生服务资金使用，提高对基层医疗机构的支付比例，实现公共卫生服务和医疗服务有效衔接。

9. 建立安宁疗护医疗费用保障机制。坚持政府引导、多方参与、保障基本、统筹发展的原则，以“提高临终患者生命质量”为目标，结合医疗机构医疗、基本公共卫生、慢性病健康管理、医养结合等工作，探索研究并推动建立符合我市实际的安宁疗护医疗费用保障相关政策和工作机制，扩大安宁疗护医疗费用按床日付费试点结算医院范围，为疾病终末期或临终关怀患者提供生理、心理、精神等方面的照护服务，改善患者生命质量，减轻患者经济负担和家属痛苦，促进社会和谐发展。

10. 建立门诊共济制度。按照保障基本、平稳过渡、协同联动、因地制宜的原则，将门诊医疗费用纳入职工医保统筹基金支付范围。改革职工医保个人账户，建立健全门诊共济保障机制，提高医保基金使用效率，逐步减轻参保人员医疗费用负担。进一步拓展个人账户功能，充分激发个人账户在“防未病”上的积极作用，扩展保障对象、拓宽保障范围，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。实现职工医保基金内部结构更加优化，个人账户管理机制更加完善，门诊医疗费用支付方式更加科学，门诊统筹医保管理和基金监管机制更加健全，职工医保制度更加公平更可持续。

第二节 加大医保基金监管力度

1. 完善基金监管体制。建立健全医保基金监管体制，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，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，实现医保基金监管法治化、专业化、规范化、常态化。健全基金监管执法体系，加强人员力量，强化技术手段，建立独立、高效、专业的执法队伍。

2. 发挥第三方监管作用。健全完善医保违法违规违约行为举报奖励制度，畅通投诉举报渠道，充分发挥社会力量在基金监管中的作用。健全医保基金监管社会监督员制度，鼓励社会各界参与医保基金监管。积极引入信息技术服务机构、商业保险机构、会计师事务所等第三方力量参与，建立和完善政府购买服务制度，推行按服务绩效付费，提升医保基金监管的专业性、精准性、效益性。

3. 创新基金监管方式。健全监督检查常态机制，完善日常巡查、专项检查、交叉检查、重点检查、专家审查等相结合的多形式检查制度，明确检查对象、检查重点和检查内容，推行“双随机、一公开”监管。深入推进市内交叉检查常态化和制度化，加大市内交叉检查的力度和频次，规范市内交叉检查流程和后续处理工作。创新智能化监管，推广应用“互联网+”视频监控、人工智能、人脸识别等现代化技术手段，实施大数据

实时动态智能监控。

4. 建立综合监管制度。建立医保基金综合监管协调机制，统筹协调重大案件查处工作。按属地管理原则确定每家定点医药机构的监督责任主体，实现医保基金监管全覆盖。建立健全纪检监察、卫生健康、市场监管、公安等多部门联席会议制度及联合检查、联合执法、联合惩戒的工作机制，实现成员单位信息共享、结果互认，及时通报欺诈骗保重大案件立案、处罚、移送等有关情况。

5. 加大欺诈骗保惩处。加强对欺诈骗保线索的发现和受理，建立线索督办和查处反馈制度。建立医疗保障信用诚信体系，加强和规范医疗保障领域守信联合激励对象和失信联合惩戒对象名单管理工作。综合运用协议、行政、司法等手段，对欺诈骗保情节严重的单位和个人，纳入失信联合惩戒对象名单，实施联合惩戒。对涉嫌犯罪的依法追究刑事责任，以零容忍的态度严厉惩处欺诈骗保。

6. 加强基金监管能力。加强和规范医疗保障行政执法，提升依法依规监管能力。全面落实医疗保障行政执法事项清单，规范使用统一的医疗保障行政执法文书。严格按照行政执法“三项制度”规范执法程序，健全行政执法公示制度，实现行政执法行为过程信息全程记载，执法过程可回溯管理，重大执法决定法制审核全覆盖，确保执法信息公开透明，执法全过程留痕，执法决定合法有效。

7. 加强基金预算管理和风险预警。全面实施预算管理，加强风险评估和预警，逐步将人口结构、发病率、医疗费用变化因素纳入风险评估体系，科学编制医疗保障基金收支预算，科学设计绩效考核办法，加强预算执行监督。设计株洲市医疗保险财务分析与预警指标体系，科学规划基金管理权限。加强医保基金中长期精算能力建设，健全基金运行风险评估、预警机制，构建基金运行监管长效机制。

第三节 加强医疗保障管理

1. 深化药品和医用耗材集中带量采购。深入推进医药集中带量采购及配套改革试点工作，建立健全涵盖国家、省际联盟、省级、市级联盟四个层次医药集中带量采购体系。积极推进我市牵头省内地市组成的低值医用耗材带量采购联盟开展低值医用耗材带量采购工作，坚持招采合一，量价挂钩，按照临床用量较大、采购金额较高、市场竞争较充分的原则遴选低值医用耗材开展市级联盟带量采购。积极落地执行国家、省际联盟、省级带量采购药品和医用耗材。

2. 动态调整医疗服务价格。建立全市医疗服务价格动态调整监测评估制度，动态调整全市医疗机构医疗服务价格，持续优化医疗服务价格和医药费用结构，逐步理顺

医疗服务性比价关系。降低价格虚高的检查检验和大型医用设备检查治疗项目价格，逐步提高诊疗、手术、康复、护理、中医等体现技术劳务价值的医疗服务价格。

3. 推行多元复合式医保支付方式改革。全面推行总额控制管理，加强医保基金预算管理。医保支付方式改革覆盖所有医疗机构及医疗服务，在全市全面推行以总额预付为主，按病种付费、按人头付费、按床日付费等为补充的多元复合式支付方式。积极探索在总额控制管理范围内的DRG付费方式，推动DRG付费工作在我市全面落地。进一步协助推进分级诊疗，健全医保支付机制，健全利益调控机制，引导群众有序就诊。激发医疗机构规范行为、控制成本的内生动力。

4. 完善医保基金总额预算管理制度。坚持医保基金“以收定支、收支平衡、略有结余”的基本原则，从实际出发，统筹考虑各类支出风险、物价水平、参保人医疗消费行为等因素，加强医保基金总额预算管理，充分考虑医保基金支付能力、医保管理服务能力、医疗服务特点、疾病谱变化等因素，不断完善符合株洲实际、科学合理、操作性强的医保基金总额预算管理制度，保证总额预算管理工作切实可行，进一步增强医保对医药服务领域的激励约束作用，充分调动医药机构的自我调节和自我管理的积极性，提升医保基金的使用效益。

5. 健全“互联网+”医保支付政策。根据医疗服务价格项目管理，健全“互联网+”医保支付政策，促进优质医疗资源跨区域流动、改善患者就医体验，对符合条件的“互联网+”医疗服务费纳入国家规定的医保支付范围。鼓励定点医药机构提供不见面购药服务。探索推行医联体（含医共体）、日间手术、日间病房、远程诊疗、互联网医疗等医疗服务新形式、新形态的医保支付政策。

6. 完善医保目录动态调整机制。按照国家医保局的统一部署，落实国家医保药品支付标准政策，做好国家医保谈判药品（医用耗材）等政策落地实施工作。及时将临床价值高、经济性评价优良的药品、医疗服务项目、医用耗材纳入我市医保支付范围，实现与国家医保目录范围基本统一。出台目录管理规范性文件，开展医疗服务项目和医用耗材目录调整，将符合临床必需、安全有效、费用适宜等条件的新增医疗服务项目和医用耗材按程序纳入医保报销范围。

7. 完善“两定”机构医保协议管理。完善基本医疗保险协议管理，简化优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序，加强事中、事后监管。加强医疗机构内部精细化管理，实现管理程序化、标准化、数据化、信息化。支持基层医保定点机构建设，从资质、社会信誉和管理规范等方面进行考察，将符合条件的社会办医疗机构纳入医保定点。支持“互联网+医疗”等新服务模式发展，探索推进互联网医院与两定机构协同发展的融合管理办法。修订完善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评价，完善定点医药机构退出机制。

第四节 建设高素质人才队伍

1. 强化干部队伍政治能力建设。突出政治标准，树立鲜明导向，把政治标准和政治要求贯彻融入干部队伍建设全过程中，加强政治历练，强化政治担当，站稳政治立场，提升政治素质。以政治建设为统领，坚决捍卫“两个确立”，做到“两个维护”，增强“四个意识”、坚定“四个自信”，铸牢对党忠诚的政治品格，严守党的政治纪律和政治规矩，善于运用政治眼光研判形势、分析问题，不断提高政治判断力、政治领悟力、政治执行力。

2. 加强专业技术人才队伍建设。适应经济社会发展要求，坚持人才优先发展，增加与服务量相匹配的工作机构和人员编制，着力提升医保专业技术人才队伍综合素质和专业水平。构建全市统一的医疗保障经办管理体系，大力推进服务下沉，实现市、县、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖。加强医疗保障经办机构能力建设和队伍建设，适当增加机构编制，充实工作人员，提供必要的经费和服务设施，对基层医疗保障干部职工实行全员培训，实现医保人员队伍的专业化、职业化。加强医疗保障公共管理服务能力配置，建立与管理服务绩效挂钩的激励约束机制。

3. 健全人才队伍培养保障机制。坚持以发展环境吸引人才，以贴心服务留住人才，以创新机制激励人才，以包容态度用好人才。树立鲜明用人导向，坚持好干部标准，聚焦“三高四新”主战场、急难险重第一线、服务群众最前沿，选拔重用那些政治素质过硬、实践经验丰富、专业素养突出、工作实绩明显的干部。旗帜鲜明鼓励干部勇敢地闯、大胆地创、扎实地干，宽容失误，为担当者担当。创新培养激励机制，建设更有活力、更富效率、更加开放的人才培养制度环境，培养更多讲政治、懂政策、精业务的新时代医保干部，建立高素质医保人才队伍。

第五节 提升公共服务能力和水平

1. 规范医疗保障基本公共服务标准。健全基本公共服务标准体系，基层服务条件更加完善，服务水平和群众满意度更加提升，基本公共服务更加均等化，广大群众享有基本公共服务的可及性显著提高。推进医疗保障公共服务标准化规范化。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，加快完善异地就医直接结算服务。深化医疗保障系统作风建设，加快推进服务事项网上办理，提高运行效率和服务质量。

2. 落实医保经办政务服务事项清单。全面梳理政务服务事项目录，实行清单式管理。统一全市各项业务流程，精简审批资料。推进服务窗口标准化建设，合理配置便捷化服务设施，全面实行“一站式服务、一窗口办理、一单式结算”。实行首问责任制、综合柜员制、限时办结制等制度，为群众提供良好办事环境。逐步实现医疗保障经办事项在互联网端和移动端办理，推进医疗保障公共服务现代化便利化，不断提升公共服务能力水平。

3. 巩固提高基本医疗保险统筹层次。深化基本医疗保险和生育保险市级统筹。促进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调。切实提高基金共济能力、抗风险能力，制度运行更加安全平稳，更好满足参保群众基本医疗保障需求。

第六节 全力推进医疗保障信息平台建设

1. 建立统一的医疗保障信息平台。统一医疗保障业务标准和技术标准，建立统一、高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息平台，实现医疗保障信息互联互通，加强数据有序共享。建成全民参保数据库，做好医保信息数据安全保障工作。以“国家医疗保障信息平台”手机 APP 为依托，以优化提升 PC 协同服务为载体，推动医疗保险经办服务网上办、移动办、就近办，提高医疗保险公共服务水平。

2. 推动全市医保电子凭证落地应用。依托各级医保部门、第三方渠道单位等，在全市范围内全面推广医保电子凭证使用，提升两定机构覆盖面。最大限度为群众提供申领激活保障服务，切实提升医保电子凭证的激活率和使用率，积极推动医保电子凭证与医疗机构结算系统、药店管理系统及第三方平台的无缝衔接，实现参保人身份认证、扫码购药、就医挂号、诊间结算及医保业务办理等多场景使用，切实为人民群众提供更加便捷高效的医疗保障服务。

3. 完善“互联网+”医保服务管理。推动“互联网+”医保定点服务体系。搭建互联网信息平台，开展电子处方、远程医疗、健康咨询、健康管理服务，构建覆盖医疗服务全流程的线上线下新模式。整合全生命周期医疗健康服务信息，促进参保对象个人医保信息在线查询和规范使用。建立健全医疗医保健康数据资源共享开放机制，提升医疗保障在重大疫情防控事件中的应对能力。探索新信息技术在医保领域的运用。

4. 探索个人信息授权查询和使用工作。在两年内建立起规范的个人医保信息授权查询和使用的制度机制，规范个人信息查询内容，完善个人信息查询使用标准，强化个人信息安全管理。探索推进第三方机构授权查询使用，为我市推进惠民保险等便民服务提供有力的数据支撑。积极探索医保数据与第三方机构数据双向共享机制，推进

跨地区、跨部门数据共享服务，探索个人信息授权查询和使用工作，形成可借鉴、可复制、可推广的经验和模式，全面推进医保“管理精细化、改革长效化、服务便捷化”。

第七节 持续推进医保治理创新

1. 探索医保治理创新。积极探索医保经办机构法人治理体系建设，支持社会力量参与医保经办服务新机制，鼓励探索部分医保政务服务事项委托定点医疗机构办理。探索建立共建共治共享的医保治理格局，规范和加强与社会组织合作，完善激励约束机制。

2. 探索多地区医保发展合作。与多地区医疗保障部门全方面合作，实现全流程、无缝隙公共服务和基金监管。推进湖南省高频政务服务“跨省通办”医疗保障服务事项落地实施。积极推进“长株潭”、“湘赣边”医疗保障领域学习研讨，扩大医疗保障交流合作。

3. 建立信用管理制度。建立医药机构和参保人员医保信用记录、信用评价制度、积分管理制度。将信用评价结果、综合绩效考评结果与预算管理、监察稽核、定点协议管理等相关联。探索医保医师信用评价办法与应用，不断调动医保医师的工作积极性。建立医疗保障领域守信联合激励对象和失信联合惩戒对象名单制度，实施守信联合激励和失信联合惩戒。

第四章 保障措施

第一节 强化组织领导

各县市区党委和政府、各级医疗保障部门要增强“四个意识”，坚定“四个自信”，做到“两个维护”，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保持正确的政治方向；要把医疗保障制度改革作为重要工作任务，把党的领导贯彻到医疗保障改革发展全过程。建立健全规划组织实施责任制，强化指导、督查和考核，努力形成层层负责、层层落实的良好工作机制，确保各项改革发展任务落到实处。各县市区医疗保障部门在确定发展方向、重点目标任务、重大项目时，要做好与本规划的衔接。

第二节 加强法治建设

进一步加强规范性文件制定和备案工作，定期对规章和规范性文件进行清理，不断提高制度建设质量。进一步规范和完善行政决策程序，不断完善行政执法体制，规范行政执法行为，落实行政执法责任制。进一步深化行政审批制度改革，持续推进简政放权、放管结合、优化服务。进一步加强依法行政制度建设，不断健全依法决策机制和法律顾问制度，不断完善行政复议和行政应诉工作制度。深化医保行政执法体制改革，全面推进行政执法评议考核。引导社会增强医保法治意识，各级医保部门承担宣传普及医保法律法规的主体责任，组织开展形式多样的法制宣传教育活动。开展医保执法人员业务培训。深入推进依法行政，加快形成与医疗保障工作相衔接的行政执法工作体系，为医保事业发展提供有力法治保障。

第三节 加强能力建设

深入推进医保经办管理服务体系建设，提升医保规范化管理水平。深化医保干部队伍建设，突出政治标准，全面提高干部队伍政治能力、学习能力、专业能力。完善人才培养机制，开展错层次形式多样的综合业务及医保专业培训，着力提升医保人才队伍综合素质和专业水平。加强作风建设，强化服务意识，建设优质服务窗口，提升经办能力水平。加强廉政建设，强化廉政风险点防控，针对性地建立健全各项预防措施，完善重要领域和关键环节工作机制和监督机制，建立“忠诚、专业、创新、高效、廉洁”的医保干部队伍，促进株洲医保事业高质量发展。

第四节 加强宣传引导

将宣传工作与规划的实施紧密结合，同步策划，同步落实，抓好规划解读。建立政府主导、医保主抓、乡镇街道主责的宣传机制，充分利用网络、报刊、广播、电视等多种媒介，全方位、多角度宣传医疗保障部门推动规划实施的经验、做法和成效。及时回应社会关切，积极营造有利于规划实施的舆论氛围。力争让医保政策家喻户晓、深入人心，让医保更好的为广大人民群众的生命健康保驾护航。