

吉首市医疗保障局文件

吉医保发〔2020〕13号

关于印发《吉首市“十四五”医疗保障事业发展规划（2021—2025年）》的通知

局属各股室、事务中心：

现将《吉首市“十四五”医疗保障事业发展规划（2021—2025年）》印发给你们，请遵照执行。



吉首市“十四五”医疗保障事业发展规划

(2021—2025 年)

医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重要民生工程。为深入贯彻党的十九大关于全面建立中国特色医疗保障制度的决策部署，深化医疗保障制度改革，解决医疗保障发展不平衡不充分问题，建立覆盖全民的基本医疗保障制度，特编制本规划。

一、发展基础

(一)“十三五”期间取得的主要成绩

“十三五”期间，面对复杂的宏观经济环境，我市医疗保障部门认真贯彻中央、省委、省政府、州委、州政府的决策部署，围绕让群众“有病能医、有病可医”的工作主线，稳中求进、改革创新、攻坚克难，全面完成了“十三五”规划各项任务。

1. 医疗保障职能得到强化。2019 年 3 月 18 日，吉首市医疗保障局挂牌成立，整合了市人力资源和社会保障局城镇职工和城镇居民基本医疗保险、生育保险、新型农村合作医疗职责，市发展和改革委员会的药品和医疗服务价格管理职责，市民政局的医疗救助职责。切实理顺、提升、优化了市医疗保障管理体制和管理职能，有效解决了因多部门条块分割管理导致医疗保障政策分割、制度运行低效、医疗资源浪费、看病难、看病贵等问题，为进一步做大、做强、做优医疗保障事业，为更好满足我市人民对美好生活的向往提供了有力保障。

2. 基本医疗保险覆盖面不断扩大。“十三五”期间我市基本医疗覆盖面不断扩大，截至目前，我市户籍人口 31.24 万人，常住人口数 36.18 万人，常住人口参加医疗保险 36.02 万人。其中：参加城乡居民医保 25.64 万人，参加城镇职工医保 10.38 万人（市直医保 2.2 万人，州直医保 4.65 万人，省直异地参保 3.53 万人）。参保率达 99.5%，基本实现基本医疗保险全覆盖。

3. 待遇保障水平提升显著。“十三五”期间，各项医保政策在我市得到了有力落实，城乡居民基本医疗报销比例提高，大病保险降低起付线、提高报销比例，特殊病门诊病种增加到 43 种，普通门诊报销由每人每年 60 元提高到 350 元，执行“两病”（高血压、糖尿病）用药保障等；职工开展大病保险特殊药品支付待遇、基本医疗及大病支付额度调整、全面落实跨省异地就医、落实生育保险待遇等，这一系列政策的落实不断提高了我市参保群众的待遇保障水平。“十三五”期间，享受基本医疗保险待遇共计 31.4 万人次，医保基金支付 85718.8 万元；享受生育保险待遇共计 2505 人次，生育保险基金支付 1179.77 万元。

4. 经办服务能力迈上新台阶。“十三五”期间，医保经办服务立足以人为本的目标，优化办事流程，简化办事环节，让群众少跑路、不跑路。一是及时梳理各项业务办理事项，在不违背政策的情况下，将办理环节能简化的尽量简化、能取消的全部取消，我市医保经办业务已基本实现一次性办理或电话、网络办理；二是继续推进异地就医直接联网结算业

务，“十三五”期间，我市共 1082 人次（其中：省内转出 800 人次，省外转出 282 人次）通过异地联网结算系统实现直接结算。转入我市异地就医直接结算 218 人次（其中：省内转入 159 人次，省外转入 59 人次）；三是有力推进“互联网+政务服务”、“一件事一次办”、“一门式服务”等工作，做好事项下放梳理工作，进一步夯实了经办服务基础。

5. 医疗救助工作逐步推进。按照医疗救助相关工作要求，一是做好了资金筹措及管理，2019 年我市共筹集医疗救助资金总额 1142.49 万元，2020 年截至 5 月共筹集城乡居民医疗救助资金总额 842.2 万元，实行财政专户管理，专款专用；二是完善经办服务，在医疗救助工作开展过程中，我局已按政策将农村建档立卡贫困户、五保户、低保户和城市三无人员的医疗救助纳入“一站式”服务，同时普通城乡低保户医疗救助“一窗办”、“一次办”也在推进中；三是确保政策及时落地。及时将 43 个特殊病种按照政策纳入我市城乡居民医疗救助范围且纳入了我市公立医疗机构的“一站式”结算服务。截至目前，我市共有 12947 人次享受医疗救助，救助金额 863.48 万元。

6. 医药价格管理取得成效。积极落实上级医药价格管理方面的工作安排及部署，认真落实国家药品集中带量采购工作，使参保群众用上了价格合理的优质药品。2019 年 12 月 31 日我市公立医疗机构已全面取消耗材加成。为确保工作有成效、不反弹，有力维护好参保群众的诊疗利益，充分巩固好我市药品耗材改革成果，我局积极做好取消耗材加成情况

的宣传，及时组织人员定期对公立医疗机构进行稽核。目前全市公立医疗机构诊疗过程中没有出现耗材加成的情况。

7. 有力维护医保基金平稳运行。医保基金是群众的“治病钱”、“救命钱”，为维护好群众的医疗保障待遇，我局积极作为，一方面加强执法，严厉查处挂床、诱导住院，打击过度检查、过度医疗等不合理诊疗行为。“十三五”期间，我们的稽核队伍实地检查“两定”机构近 1000 次，审核抽查医疗机构病例达 3 万余份，共查处违规行为 109 起，解除或暂停“两定”机构医疗服务协议 29 家，拒付、追回或处罚违规金额共计 166.92 万元；同时，结合实际开展“打击欺诈骗保、维护基金安全”专项整治行动，通过开展声势浩大的“反骗保”行动，有效堵塞了基金流失漏洞。

（二）“十三五”期间存在的主要问题

1. 医疗救助力度待加强。一是资金总量不足。近年来，吉首市医疗救助收不抵支，目前使用的是往年结余资金，同时医疗救助资金来源单一，医疗救助资金的保障机制还不够健全，资金来源主要是本级财政投入，上级补助及配套资金量少，社会捐赠、慈善筹集及其他渠道筹集资金尚未开展；二是医疗救助标准相对偏低。目前，大病医疗救助除农村五保对象和城市“三无”人员外，其他困难群众医疗救助有最高限额，对于大病患者来说，只是一种政府关爱性资助，不能解决根本问题，导致出现特殊重大疾病就会造成“因病致贫”、“因病返贫”；三是救助面相对偏窄。城乡医疗救助对象界定为城乡低保、农村五保孤儿、特困优抚、建档立卡户、

城乡困难群众，重大疾病界定为省定的 43 种重大疾病。但实际上界定人群和病种以外患重病大病支付巨额医疗费用的，不一定是上述救助对象和规定病种，导致“同病不同命”和“重病不同政策”的现象，使一些发生较大医疗开支的家庭，因没有被列入医疗救助范围失去救助机会，而成为新的特困群体，影响城乡医疗救助效果。

2. 城乡居民医保系统不统一。目前我省城乡居民医保信息系统共采用殷华、泰阳、创智等五种信息系统，这五种系统各自独立，参保信息不能共享，医疗机构信息接口开发难度大，无法开通异地联网结算，给参保群众在异地就医报销方面带来诸多不便，同时也降低了医保经办机构的工作效率。以 2019 年为例：截至 12 月底我省城乡居民医保开通省内异地就医即时结算的医院仅有 23 家。由于开通异地就医医院少，多数省内异地就医参保群众不能在就医医院即时结算，患者省内异地就医需要先全额垫付，再回到参保地医保经办机构进行报销，不仅报销需要来回奔波而且医疗费用垫付压力也相应增加。截至 12 月底，我市省内异地就医人数 2173 人，因未实现省内异地联网即时结算而到我市医保经办机构来报销的人数有 1112 人，报销金额 434.54 万元，占省内异地就医报销总人数的 51.17%。由此可见，省内异地就医在医保经办机构报账的人数占我市省内异地就医总人数的一半以上，过多的报账人数增加了医保经办机构的工作压力，由于医保经办机构人少事多，导致报账周期过长，老百姓意见较大。同时，由于信息系统的各自为政，导致异地就医人员

的住院信息、费用明细的真实性核查难度大，医疗监管难以到位。另一方面，由于统筹区之间不能信息共享，重复参保现象时有发生。

3. 基金监管还存在难度。目前医疗监管工作在事前预防、事中监管、事后核查这三个阶段都出现了不同程度上的阻碍。一是医保经办机构很难预测支出医保资金的额度和资金的流向，不能有效地做到预先监管、有效控价；二是医保部门仅能对医疗机构进行局部管控，事中监管一直处于“门外徘徊”的窘境；三是部分患者对医保监管工作不配合，现行的监管机制对医院提供医疗数据的真实性核查、核定困难，无法有效辨别医院是否存在虚假医疗、过度医疗的情况。

二、发展环境

（一）“十四五”期间面临的发展机遇

“十四五”时期，是“两个一百年”奋斗目标的历史交汇期，已全面建成小康社会，医疗保障事业面临着新的发展机遇和一系列有利条件。各级党委、政府高度重视医疗保障工作，将医疗保障工作纳入国家事业全局中统筹谋划，为事业发展提供了坚强保证。习近平总书记多次强调，全民医保是中国特色基本医疗卫生制度的基础，要全面建立中国特色医疗保障制度，我省着力深化“三医联动”改革，下大力解决群众看病难、看病贵问题，全力推动全省医保治理体系和治理能力现代化，为医疗保障事业发展提供了强大动力。全面依法治国战略实施，为医疗保障事业发展奠定了强有力的法治保障。

（二）“十四五”期间面临的严峻挑战

经济发展形势严峻复杂，医保基金收入压力不断加大。当前，我国发展外部环境发生明显变化，经济已由高速增长阶段转向高质量发展阶段，发展不平衡不充分问题和各种周期性、结构性、体制性因素交织叠加在一起。经济发展和收入增长是医保基金稳定增收的源泉。随着我国经济形势的变化，医保基金的增收压力将会不断加大。医疗费用快速增长，医保基金支出压力显著增加。人口老龄化迅速攀升，我国已经成为世界上老年人口最多的国家，到2030年我国60岁以上老年人口比重将达到25%左右。慢性病患者率显著增长，我国的疾病谱已经从传统的传染疾病为主转变为以慢性病为主。新设备、新技术、新药品不断应用于临床医学，在满足患者医疗需求的同时，极大地刺激了医疗消费的增长，医疗费用不断攀升。改革难度加大，利益错综复杂。医疗保障改革涉及利益主体多，管理链条长，平衡难度大。特别是医改进入深水区，利益主体多元化诉求日益明显。

我们必须深刻认识“十四五”时期医疗保障事业面临的新形势、新任务、新要求，紧紧抓住机遇，积极应对挑战，大胆探索，改革创新，加快解决发展中的突出矛盾和问题，努力开创医疗保障事业发展新局面。

三、总体思路

（一）指导思想

高举中国特色社会主义伟大旗帜，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中全会精神，以马克思列宁主义、

毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观为指导，深入贯彻习近平总书记系列重要讲话精神，主动适应经济社会新常态，坚持以人民健康为中心，加快建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系，通过落实政策制度、健全工作机制、提升公共服务，增强医疗保障的公平性、协调性，发挥医保基金战略性购买作用，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，促进健康中国战略实施，使人民群众有更多获得感、幸福感、安全感。

（二）基本原则

坚持应保尽保、保障基本，基本医疗保障依法覆盖全民，尽力而为、量力而行，实事求是确定保障范围和标准。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，确保基金可持续。坚持促进公平、筑牢底线，强化制度公平，逐步缩小待遇差距，增强对贫困群众基础性、兜底性保障。坚持治理创新、提质增效，发挥市场决定性作用，更好发挥政府作用，提高医保治理社会化、法治化、标准化、智能化水平。坚持系统集成、协同高效，增强医保、医疗、医药联动改革的整体性、系统性、协同性，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

（三）战略定位

“十四五”时期，我市医疗保障事业发展的战略定位是：医疗保障制度更加成熟定型，紧跟国家的步伐，在上级部门的指导下，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。

（四）发展目标

1. 筹资力度不断加强的同时也日趋合理。“十四五”期间我市筹资力度不断加强，缴费与我市经济发展水平、居民可支配收入相适应，个人、用人单位、政府三方筹资责任更加合理。“十四五”期间我市基本医疗保险覆盖率稳定在 95% 以上。

2. 完善适度公平的待遇保障机制。“十四五”期间我市医疗保障制度逐步完善，国家、省、州各项医保政策在我市均得到有效落实，大病、特慢病等政策进一步优化，群众的医疗保障待遇权益得到保障，全面实现“有病能治、有病能医”，报销比例进一步提高。

3. 医疗救助制度进一步完善。“十四五”期间，我市医疗救助制度更加完善，医疗救助对象认定标准及认定方式得到统一。医保“兜底网”更加牢固，资助参保力度不断加强，救助标准进一步提高，救助对象面进一步扩大。

4. 基金监管更加有力。“十四五”期间我市医疗保障监管队伍力量不断壮大，执法监管更加严肃规范。基金监管长效机制全面建立，实现常态化、全覆盖管理。在全市范围内形成医药机构不敢骗、不愿骗，参保患者主动参与基金监管工作的向好态势。

5. 深化医药价格服务管理。“十四五”期间，在上级部门的指导下推动我市医药服务供给侧改革，贯彻落实国家、

省、州的改革举措，并在实施过程中加强管理及监测，坚决打破医药利益藩篱，确保我市群众能够获得优质实惠的医药服务。

6. 医疗保障公共服务更加优化。“十四五”期间我市医保经办管理和公共服务体系更加完善，医保经办队伍更加素质化、专业化，全面实行“好差评”制度，医保经办服务更加精准化、精细化，信息化程度更高，群众办事更加便捷。

四、主要任务

（一）加强筹资力度，筑牢医疗保障基石

1. 推进基本医疗市级统筹。根据省医保局《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》（湘医保发〔2019〕43号）文件精神，结合我市实际，为基本医疗保险市级统筹创造良好环境。一是做好业务梳理。及时梳理目前职工医疗保险、城乡居民医疗保险经办业务，确保业务流程顺利统一；二是做好我市基本医疗保险现行政策的整理，确保基本政策顺利实现市级统筹；三是加强基金的征缴和监管，完善基金风险防控制度，加强医疗稽核监管，有效防止基金“跑冒滴漏”。

2. 做好城乡居民医保筹资宣传。一方面利用悬挂宣传横幅、张贴海报、微信公众号等多种形式进行广泛宣传；另一方面充分依托村社区，汇聚社区工作者的力量，上门入户，面对面宣传参保，向每一位居民宣传医保政策，大力营造宣传氛围，使广大群众对参加医疗保险有更深认识，积极主动缴纳医保。

3、做好部门协调，完善缴费方式。加强与税务部门的合作，做好沟通协调，完善系统对接，丰富缴费方式，让广大参保群众更加便捷地参保缴费。

（二）做实待遇保障，不断回应群众关切

1. 落实各项医疗保险制度。落实基本医疗保险全覆盖政策，做好大病救治、特殊病门诊等工作，保障水平不断提高。加强调研，为上级研究制定实施职工和城乡居民分类保障，待遇与缴费挂钩的保障机制提供有效支持。

2. 推动落实医疗保障待遇清单制度。将国家建立的待遇保障清单管理制度不折不扣地落实到位，严格执行基本支付范围和标准，确保我市实施公平适度的保障政策，过度保障和保障不足问题得到解决。

3. 加强两定机构的管理。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。将符合条件的医药机构纳入医保协议管理范围。制定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，完善定点医药机构退出机制。

（三）完善医疗救助制度，充分发挥医保兜底作用

1. 结合实际情况研究出台完善的医疗救助制度。在上级部门的指导下，结合我市实际情况，在不违背上级政策的前提下，出台与我市情况相适应的医疗救助政策或实施细则，进一步指导我市医疗救助工作的开展。

2. 落实各项医疗保障补偿的有效衔接。统一医疗服务报账网络系统，建立“三办合一”的医疗保障服务平台，将医

疗救助、基本医疗、大病保险三种补偿“一网办理”、“一站式结算”，切实让群众少跑腿，为最多跑一次提供网络技术支持。同时，建立与各部门及社会之间的救助资源共享平台，减少中间环节，减少重复救助现象，让城乡医疗救助资金发挥最大效益。

3. 积极争取医疗救助资金，提升救助水平。在条件允许的情况下，积极争取上级资金的支持，同时加强医疗救助资金的筹资力度，夯实救助资金保障，从而有效提高医疗救助的水平。

（四）严厉基金监管，打造基金安全之盾

1. 推进完善基金监管制度。结合我市实际情况制定相适应的基金监管制度，建立健全我市基金监管体制机制，日常稽查中不断加大执法力度，做到稽查全覆盖，并持续开展好“反骗保”专项整治行动，严厉打击欺诈骗保行为。加强部门协同监管，强化社会监督。

2. 丰富基金监管手段。建立监督检查常态化机制，依法依规向社会公开医药费用、费用结构等信息。开展好“打击欺诈骗保，维护基金安全”集中宣传活动，引导群众自觉参与到基金监管工作中来，健全我市医疗保障社会监督激励机制，完善群众举报欺诈骗保奖励制度。从而实现利用多种方式，实现全方位监督，保障基金的安全运行。

3. 加强执法队伍建设。定期开展执法人员的业务知识培训、法律知识培训，同时充实执法力量，从而打造出一支坚强有力的基金执法监管队伍。

（五）推动医药服务改革的落实

1. 巩固药品、医用耗材集中带量采购制度改革。督促医疗机构利用好采购平台，按照实际需求进行采购，推动落实医保基金与医药企业直接结算工作。

2. 推动医疗服务价格改革。配合上级医疗保障部门做好医疗服务价格调整试点工作，推动我市医疗服务价格调整。

（六）优化公共管理服务，做人民满意的医保

1. 提升医保公共服务能力。推进我市医疗保障公共服务标准化、规范化，以实现医疗保障一站式服务、一窗口办理、一单制结算为目标，加强办事流程梳理，推进服务事项网上办理。做好异地就医直接结算服务，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，加强行风建设及评价。

2. 推动我市医保信息化建设。在上级部门的指导下，做好医疗保障信息的互联互通、数据共享。同时做好数据的管理以及应用权限的管理，加强法制管理，依法维护好参保人员的基本信息和数据安全。

3. 加强经办能力建设。大力推进服务下沉，实现乡镇（街道）、村（社区）全覆盖。加强经办服务队伍建设，打造一支与医疗保障经办服务要求相适应的专业服务队伍。完善业务培训机制，同时加强人员管理与考核监督。

五、保障措施

（一）切实加强组织领导。加强规划实施的统筹协调、宏观指导，制定目标任务分解落实方案和重大项目实施管理

办法，建立规划实施情况监测、评估、考核机制，将重点指标特别是约束性指标的完成情况纳入绩效评估体系。

（二）加强干部队伍建设。完善干部教育培训体系，大规模开展干部培训，提高干部队伍素质。加强作风建设，强化服务意识，建设优质服务窗口。加强廉政建设，强化廉政风险点的控制，有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，努力打造一支廉洁、勤政、务实、高效的医疗保障干部队伍。

（三）做好研究和宣传工作。紧扣医疗保障事业推进中的重点、难点问题，加强基础理论研究和重大问题政策研究，切实提高决策的科学性、针对性和实效性。加强医疗保障待遇保障政策、基金监管法规的宣传，及时进行信息公开，营造有利于医疗保障事业发展的舆论氛围。