

市政府办公室关于印发 南通市“十四五”医疗保障发展规划的通知

通政办发〔2022〕26号

各县（市、区）人民政府，市各直属园区管委会，市各委、办、局，市各直属单位：

《南通市“十四五”医疗保障发展规划》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真组织实施。

南通市人民政府办公室

2022年3月4日

（此件公开发布）

南通市“十四五”医疗保障发展规划

为深入贯彻党中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的决策部署，进一步推进全市医疗保障高质量发展，根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《“健康中国”2030规划纲要》《“十四五”全民医疗保障规划》《江苏省“十四五”医疗保障发展规划》《南通市国民经济和社会发展第十四个五年规划和二〇三五年远景目标纲要》，编制本规划。

一、规划背景

（一）发展基础

“十三五”以来，南通市坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面落实国家、省关于深化医疗保障制度改革的决策部署，全民参保计划持续推进，多层次医疗保障体系基本形成，医疗救助兜底作用更加充分发挥，长期照护保险制度逐步完善，异地就医更加畅通便捷，基金监管成效日趋显著，医保公共服务创新发展。特别是党的十九大以来，组建成立医疗保障部门，进一步健全体制、完善机制、提高层次、强化监管、优化服务，开创了新时代南通医疗保障事业发展新局面，为减轻群众看病就医负担、促进医疗资源合理配置、提高人民健康水平奠定了坚实基础。

参保结构持续优化。“十三五”末，全市基本医疗保险参保人数达728.7万人，参保率稳定在98%以上，全民医保基本实现。职工参保239万人，占总参保人数的比例提升到32.8%。全市居

民医保筹资水平提高到每人每年1200元，其中人均财政补助标准提高到每人每年800元。

统筹层次巩固提升。在全省率先做实基本医疗保险、生育保险市级统筹制度，职工基本医疗保险与生育保险两险合并实施。建立与基本医疗保险市级统筹相适应的医疗救助、大病保险、职工基本医疗住院自费补充保险等制度体系。

待遇水平稳步提高。建立健全职工、居民基本医疗保险普通门诊统筹制度，建立居民医疗保险高血压、糖尿病“两病”门诊用药保障机制。长期精神病等8种特殊病政策范围内门诊医疗统筹基金限额内支付比例提高到60%—80%。职工、居民医疗保险政策范围内住院费用报销比例提高到85%和70%。

救助体系日趋完善。在全省率先实现医疗救助范围、救助标准、经办管理、定点管理、信息系统等全市范围内“五统一”，10大类医疗救助对象参加基本医疗保险动态全覆盖。建立因病返贫致贫预警动态监测机制，实现关口前移，困难群众“基本医疗有保障”进一步稳定巩固。

保障层次更加丰富。统一全市职工、居民大病保险政策，大病保险、医疗救助、职工基本医疗住院自费补充保险梯次减负作用明显。探索拓展职工个人账户用于购买经备案的商业补充医疗保险，满足职工多样化保障需求。

照护保险创新推进。在全国率先建立长期照护保险制度体系，创建集“机构照护、居家服务、照护补助、辅具支持、预防管控”为一体的服务体系，国家试点成效初显。至“十三五”末参保人数720.5万人，4.6万重度（中度）失能失智人员享受照护保险待

遇，助推全市养老服务产业发展成效显著。

重点改革持续深化。大力推进总额预算管理下以单病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革，全市按单病种付费病种达441个，单病种付费医保基金支出占住院统筹基金总费用比例达30%以上。启东医共体总额付费、如东精神类疾病按床日付费、市区“总额控制+点数法”等省市改革试点初显成效。全面落实国家药品、省医用耗材集中带量采购中选结果，累计节约医疗费用近4亿元。

基金监管成效显著。全面推进国家、省两级医保智能监控示范点建设，国家试点终期评估获评“优秀”。全市定点医药机构就诊结算实现远程智能监控全覆盖，探索人脸识别与医保信息系统实时对接的智能监管新路径。常态化打击欺诈骗保，两年追回违规资金1.5亿元，有效遏制医保基金流失。

公共服务更加便民。统一全市39项医保经办服务事项清单指南和4项“一件事”改革，实现“全市通办”。建成“南通医保”一体化、掌上办平台。实现异地就医费用“一单制”直接结算，跨省异地就医住院费用和长三角异地就医门诊费用直接结算全覆盖。医保公共服务规范化、信息化、一体化水平有效提升。

疫情应对及时有效。积极应对新冠肺炎疫情，全面免除确诊和疑似患者医疗费用，确保所有患者都能得到及时救治，确保收治医院不因支付政策影响救治。创新“互联网+医疗服务”“互联网+定点药店”医保支付模式，全力保障疫情期间人民群众医保服务需求。阶段性减半征收职工基本医疗保险费，全市7.5万家单位共减征9.83亿元，服务“六稳”“六保”取得实效。

（二）发展形势

新形势带来新机遇。党中央、国务院高度重视医疗保障工作，始终将医疗保障作为重要的民生保障制度安排，为新时代医疗保障工作指明了前进方向、提供了根本遵循。中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》和江苏省委、省政府《关于深化医疗保障制度改革的实施意见》，明确了“十四五”时期医疗保障制度改革的总体要求、目标任务、路径举措，擘画了新时期医疗保障改革蓝图。习近平总书记对江苏工作提出“争当表率、争做示范、走在前列”新使命新要求，南通从高水平全面建成小康社会进入全面建设社会主义现代化新阶段，经济社会高质量发展迈上新台阶，城乡居民生活水平显著提升，为医疗保障高质量发展奠定了坚实基础，注入了发展动力。

新阶段提出新要求。习近平总书记强调，要加快建立覆盖全民、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。医疗保障事关人民群众健康福祉，需要进一步坚持全覆盖、保基本、可持续，织密织牢全民医疗保障网，以更好地满足人民群众就医用药需求；需要在确保基金可持续、保障可持续的前提下，提高待遇水平、强化基金监管、推进支付方式改革、落实药品和医用耗材集中带量采购政策，使改革发展成果更高效、更加公平惠及全体人民；需要不断完善医疗救助体系，进一步夯实以基本医疗保险为主体的多层次医疗保障体系，梯次减轻参保群众负担。

新需求带来新挑战。随着“健康中国2030”战略的深入实施，关注健康、促进健康成为国家、社会、个人及家庭的共同责任与

行动,优质的健康保障和医疗服务成为人民群众持续增长的刚性需求。人民群众的医疗、康养、护理需求增长,对医疗保障能力和效率有着更高期待。人口“超老龄化”形势日趋严峻,面临多重疾病负担并存、多种健康影响因素交织的复杂局面。医疗保障发展不平衡不充分问题依然存在,参保扩面资源趋于饱和,基金收入存量已定、增量有限,在职退休比逐年降低,更多医药新技术新产品应用于临床并纳入医保,医疗费用支出持续刚性增长,保持基金当期收支平衡和可持续运行压力日趋加大。欺诈骗保手段越来越隐蔽,精细化管理水平亟待提升,法治基础比较薄弱,公共服务能力与人民群众需求还存在差距。

“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,也是南通医疗保障制度体系成熟定型的重要战略机遇期。医疗保障工作必须坚持人民至上、生命至上,保持战略定力,增强风险意识,坚持底线思维,超前系统谋划,聚力集成攻坚,为推动建设共同富裕美好社会贡献力量。

二、总体要求

(一) 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,深入贯彻落实习近平总书记对江苏工作的重要指示要求,坚持以人民健康为中心,以更好解决人民群众医疗后顾之忧、提升人民健康水平为根本动力,推动基本医疗保障制度更加成熟定型,多层次医疗保障体系更加健全完善,持续推进医疗保障治理体系和治理能力现代化,为勇当全省

“争当表率、争做示范、走在前列”排头兵，奋力谱写“强富美高”新南通现代化建设新篇章作出更大贡献。

（二）基本原则

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，坚决站稳人民立场，牢牢把握新发展阶段任务要求，完整、准确、全面贯彻新发展理念，服务构建新发展格局，坚持契合市情，应保尽保，努力为人民群众提供更加系统、更加高效、更高质量的医疗保障。

坚持以人民健康为中心。把保障人民健康放在优先发展的战略地位，把维护人民生命安全和身体健康放在首位，实施更加系统、更加高效、更高质量的医疗保障，让广大人民群众共享改革发展成果，实现好、维护好、发展好最广大人民群众的健康权益。

坚持公平统一、保障基本。依法推进基本医疗保障覆盖全民，坚持普惠公平、互助共济、权责相当，持续推动政策规范统一，提高基本医疗保障的公平性，增强对困难群众的基础性、兜底性保障，有效化解重特大疾病风险。

坚持尽力而为、量力而行。科学确定筹资水平，均衡各方缴费责任，实事求是确定保障范围和标准，防止保障不足或过度保障，加强统筹共济，坚决守住不发生系统性风险底线，确保制度可持续、基金可支撑。

坚持系统集成、高效协同。坚持系统思维，强化政策集成，增强“三医”联动改革的整体性、系统性、协同性，统筹推进存量调整和增量优化，促进供给侧改革与需求侧管理动态平衡。凝聚发展共识、汇聚改革合力，形成政府、市场、社会协同保障的

格局。

坚持深化改革、创新驱动。按照增强保障性、调动积极性、促进持续性的要求，推进支付方式、医药服务、基金监管等各项改革。注重医疗保障与健康产业、传统服务与“互联网+”保障等协同发展，持续推进制度创新和服务模式转变。

（三）发展目标

——制度体系规范统一。基本医疗保险和生育保险市级统筹进一步夯实，基本医保、大病保险、医疗救助、长期照护保险全市规范统一。稳步做实全民参保计划，参保结构持续优化，职工基本医疗保险参保人数占总参保人数的比重提高到45%左右。

——待遇保障公平适度。基本医疗保险待遇政策纵向统一、横向均衡，各方权利义务对等、责任分担合理，待遇保障水平公平适度，保障范围和标准与经济社会发展水平更加适应，防范和化解因病致困长效机制更加完善，低收入人口医疗保障体系更加健全。

——医保管理精细高效。药品医用耗材集中带量采购改革持续深化，医疗服务价格调整更加灵敏有度，医保支付机制管用高效，定点医药机构管理更加精细，医保基金战略购买作用不断增强，基金使用效率显著提升，群众医药费用负担进一步减轻。

——基金运行稳定平衡。基金总额预算管理、风险预警机制全面建立，医保基金运行收支平衡，党委领导、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更加健全，《医疗保障基金使用监督管理条例》执行规范有序，监管制度体系更加完备，医疗保障安全网更加密实。

——公共服务优质便捷。医保公共服务网络实现市、县、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖，“15分钟医保服务圈”基本建成，一体化服务水平显著提高，医保政务服务事项线上、窗口可办率均达100%，人民群众就近享受更加贴心便捷高效的医保服务。

——法治能力显著增强。医疗保障领域政策体系进一步健全，医保制度法定化程度明显提升，单位和个人依法参保缴费，行政执法更加规范，全社会医保法治观念明显增强，共建共治共享机制更加健全。

——信息系统安全智能。医疗保障信息平台建成使用，标准化、规范化、智能化广泛运用，全渠道、全业务、全流程医保数字化治理体系基本形成，信息安全管理持续强化，医保大数据和智能监控全面应用，医保治理现代化信息支撑能力显著提升。

“十四五”医疗保障发展主要指标

序号	主要指标	2020年 实现值	2025年 目标值	指标属性
1	基本医疗保险、生育保险参保率	>98%	≥99%	约束性
2	职工基本医疗保险参保人数占比	32.8%	45%左右	约束性
3	职工基本医疗保险政策范围内住院费用报销比例	85%	稳定在85%左右	约束性
4	居民基本医疗保险政策范围内住院费用报销比例	70%	稳定在70%左右	约束性
5	重点救助对象符合规定的门诊住院费用救助比例	70%	70%	预期性
6	DRG付费覆盖二级以上综合性医疗机构比例	—	100%	预期性

序号	主要指标	2020年 实现值	2025年 目标值	指标属性
7	住院按照DRG支付的统筹基金费用占住院统筹基金总费用的比例	—	70%	预期性
8	公立医疗机构通过省阳光采购平台线上采购药品、医用耗材数量占比	—	90%	预期性
9	“15分钟医保服务圈”覆盖率	—	100%	预期性
10	医疗保障政务服务事项线上、窗口可办率	95%	100%	约束性
11	住院费用跨省直接结算率	80%	85%左右	预期性
12	医疗保障政务服务满意率	—	≥90%	预期性

三、重点任务

(一) 持续提升“全民医保”参保质量

坚持依法参保、分类完善、精准施策，以实现覆盖全民为目标，以信息系统互联互通为支撑，完善政策措施，创新工作机制，优化参保结构，为医疗保障事业高质量发展奠定坚实基础。

1. 立足全覆盖完善机制。巩固全民参保成果，推动职工、居民依法参保、应保尽保、规范参保。落实居民基本医疗保险参保动员的地方政府主体责任，全面落实居住证参保政策，更好实现居民在常住地参保。精准实施困难群体参保资助政策。完善灵活就业人员参保缴费措施，将非本地户籍灵活就业人员纳入就业地参保范围。做好跨地区和跨制度参保的转移接续，规范待遇享受等待期政策，促进参保与待遇享受有序衔接。

2. 依托大数据精准参保。根据全市常住人口、户籍人口、就业人口、城镇化率等指标，科学合理确定年度参保扩面目标。建立全民参保人员基础数据库，探索五项社会保险单位参保登记互认与信息共享。利用国家统一的医保信息平台实时核对功能，

及时预警参保人缴费异常状态,配合税务部门优化参保缴费渠道。

3. 注重高质量优化结构。压实用人单位法定责任,促进劳动就业人员依法参加职工基本医疗保险,以灵活就业人员和劳动年龄段居民为职工基本医疗保险重点参保扩面对象,优化居民基本医疗保险向职工基本医疗保险的转换路径,引导更多居民参加职工基本医疗保险,推动基本医疗保险参保人数和参保质量双提升。

专栏1 “全民医保”质量提升工程

全民参保计划。以新生儿出生、退休、军人退役、就业等“一件事”改革为抓手,运用大数据等手段,抓实社会保险关系登记和转移接续等关键环节,健全社会救助对象认定共享机制,实现应保尽保、应助尽助、应享尽享。

参保结构优化项目。以灵活就业人员及劳动年龄段城乡居民为重点,完善政策措施,优化缴费服务,鼓励法定劳动年龄段参加居民医保的人员转换参加职工医保。到2025年底,职工基本医疗保险参保人数占比达45%左右。

(二) 动态优化公平适度的待遇保障机制

按照保基本、可持续的原则,坚持尽力而为、量力而行,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,健全与经济社会发展水平、人民群众健康需求相适应的待遇保障机制。

1. 优化待遇保障制度,促进公平统一。优化市级统筹医疗保障制度,统一基本政策和经办管理,健全筹资和待遇调整机制。落实医疗保障待遇清单制度,实行职工和居民分类保障,待遇与缴费挂钩。巩固稳定基本医疗保险住院保障水平,稳步提高门诊

待遇保障水平。改革职工基本医疗保险个人账户，不断健全门诊共济保障机制，逐步将多发病、常见病的普通门诊费用纳入职工基本医疗保险统筹基金支付范围。巩固完善居民基本医疗保险门诊统筹。完善门诊慢性病、门诊特殊病保障制度，逐步由病种保障向费用保障过渡。

2. 健全大病保障制度，实现全民覆盖。健全重特大疾病医疗保障机制，完善和规范大病保险、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。完善大病保险政府、单位、个人合理分担的多渠道筹资机制，筹资标准与保障水平相适应，优化大病保险分段支付比例，稳步提高各类人群大病保障水平。

3. 巩固脱贫攻坚成果，助力乡村振兴。实施分层分类救助，规范救助费用范围，合理确定救助标准，全面落实医疗救助对象参保缴费资助政策。增强医疗救助托底保障功能，将医疗救助对象在县域内定点医疗机构住院个人自付费用控制在政策范围内住院总费用的10%以内。经基层首诊转诊的低保对象、特困人员在市域内定点医疗机构住院，实行“先诊疗后付费”，全面免除其住院押金。与乡村振兴战略有效衔接，依托农村低收入人口监测平台，做好因病致困风险监测，建立防范和化解因病致困的主动发现机制、动态监测机制、信息共享机制、精准帮扶长效机制。

4. 扩大生育保险覆盖面，提升保障水平。提高生育保险与职工基本医疗保险合并实施成效，巩固扩大生育保险覆盖面，做好生育保险对参保职工生育医疗费用、生育津贴等待遇的保障。

推进生育医疗费用支付方式改革，住院分娩按病种支付，产前检查按人头支付。继续做好居民基本医疗保险参保人员生育医疗费用待遇保障。

（三）建立健全多层次医疗保障体系

建立健全基本医疗保险与补充医疗保险有效衔接、互为补充的政策体系，提供多层次制度供给，提高重特大疾病和多样化医疗需求保障水平。

1. 完善职工补充医疗保险。鼓励引导企业在参加法定基本医疗保险的基础上，扩大职工参加补充医疗保险覆盖面。探索建立企业和职工共担筹资机制，提高职工补充医疗保险资金共济能力，主要保障医保目录外费用和重特大疾病医疗费用。

2. 支持医疗互助有序发展。充分发挥工会、慈善组织、红十字会等群团组织在减轻大病医疗费用负担方面的作用，支持医疗互助有序发展。支持医药企业设立慈善医疗援助项目，鼓励社会慈善捐赠，调动慈善医疗救助力量，扩大慈善救助覆盖面。

3. 支持发展商业健康保险。支持商业保险机构开发与基本医疗保险相衔接的保本微利型商业健康保险产品，将医保目录外的合理医疗费用纳入保障范围。建立健全商业健康保险产品优选、考核评估机制，突出商业健康保险产品的设计、销售、赔付等关键环节的监管。落实数据共享、产品设计、宣传推广、“一站式”结算等支持举措，按规定落实税收优惠政策。

专栏2 多层次医疗保障体系建设工程

多层次医疗保障计划。构建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、医疗互助为补充，层层递进、功能互补、有机衔接的多层次医疗保障体系。

惠民商业健康保险项目。指导商业保险机构开发不限年龄、不限户籍、不限职业、不限健康状况，全民可参保的惠民商业健康保险，将医保目录外的合理医疗费用纳入保障范围，推进商业健康保险与基本医疗保险更好衔接互补。

（四）优化基本医疗保险筹资管理机制

坚决守住不发生系统性风险的底线，科学确定筹资水平，明确各方缴费责任，建立与我市经济社会发展水平相适应、与基金承受能力相匹配、与基本医疗保险需求相协调的筹资机制，确保医疗保障基金运行稳健、安全可持续、中长期平衡。

1. 完善筹资调整分担机制。均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任。做实职工基本医疗保险缴费基数，完善基本医保费率动态调整机制。优化个人缴费和政府补助结构，建立居民基本医疗保险缴费与经济社会发展水平相适应的动态调整机制。健全参保登记与缴费、欠费与补缴有机衔接的工作机制，规范基本医疗保险费征收管理，确保依法按时足额征收基本医疗保险费。拓宽医疗救助筹资渠道，建立医疗救助补助资金动态增长机制。

2. 加强基金预算绩效管理。完善基金总额预算管理体系，兼顾效率与公平，坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则，统筹考虑各类因素，科学编制医疗保险基金收支预算。将点数法与预算总额管理、按病种付费等相结合，逐步使用区域医保基金总额控制代替具体医疗机构总额控制。加强基金中长期精算，构

建收支平衡机制。强化预算执行的刚性约束，全面实施预算绩效管理，健全基金运行管理激励约束机制，实施基金运行风险评估、分级预警机制，强化绩效目标、过程管控和结果评估运用，全面提高基金使用质效。

3. 完善重大疫情医疗救治费用保障机制。在突发疫情等紧急情况时，确保医疗机构先救治、后收费，医保基金先预付、后结算。贯彻重大疫情医疗救治医保支付政策，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。做好突发公共卫生事件下基本医疗保险目录、医疗服务价格应急调整工作。建立医疗保障服务应急供给机制。统筹医疗保障基金和公共卫生服务资金使用，提高基层医疗机构的支付比例。

（五）建立管用高效的医保支付机制

发挥医保支付引领作用，提升医保基金使用质效，强化医保基金战略性购买的价值导向，推进医保支付方式改革，严格执行医保目录，规范定点医药机构管理，构建管用高效的医保支付机制。

1. 实行多元复合式医保支付方式改革。发挥医保基金战略性购买作用，建立精准、科学、有效的支付方式，发挥支付方式改革在“三医”联动中的作用，完善医保差异化支付政策，促进医疗资源合理配置。全面实行总额控制下按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，加快推进住院费用按疾病诊断相关分组（DRG）点数法付费改革，持续优化DRG分组方案，建立DRG付费有效运行管理机制。稳妥推进县域紧密型医疗共同体总额付

费管理，完善县域医共体总额预算、结余留用、合理超支分担的支付机制，开展医共体总额付费改革成效评估，全面总结试点经验。开展门诊支付方式改革，推动按人头、按病种（病组）等付费方式向门诊延伸。完善医疗康复、慢性精神疾病等按床日付费制度。探索符合中医药特点的医保支付方式，支持中医适宜技术和优势病种支付方式改革。开展医保支付方式改革绩效和价值评估。

2. 健全医保目录动态管理机制。根据国家、省医疗保障有关政策规定和医保目录管理权限，落实医保目录动态管理机制和退出机制，实现目录调整、支付管理更加规范化、制度化。严格执行全省统一的药品、医疗服务项目、医用耗材等基本医保目录库及医保支付标准，落实目录库与阳光挂网产品信息协同的动态更新机制。落实国家谈判药品“双通道”管理和部分药品单独支付机制，保障患者用药需求、提升用药可及性，推进“双通道”管理药品“一站式”结算。

3. 严格规范执行医保协议管理。贯彻落实国家定点医药机构管理暂行办法和省定点医药机构协议管理细则，完善两定机构协议管理政策体系，优化定点申请、专业评估、协商谈判程序。合理引导定点医药服务资源的规划配置，优化定点医药机构区域布局，完善定点医药机构准入和退出机制，健全跨区域异地就医协议管理。支持“互联网+医药服务”等新业态医药服务发展。推进定点医药机构医保精细化管理，完善定点医药机构综合绩效考核评价办法，突出行为规范、服务质效和费用控制考核评价。

专栏3 深化医保支付方式改革工程

住院费用按疾病诊断相关分组付费改革。到“十四五”期末，DRG付费覆盖二级以上综合性医疗机构比例达到100%，住院按照DRG支付的统筹基金费用占住院统筹基金总费用的比例达70%。

县域紧密型医疗共同体总额付费改革。完善县域医共体总额预算、结余留用、合理超支分担的支付机制，开展医共体总额付费改革成效评估，全面总结试点经验。

（六）深入推进医药服务供给侧改革

充分发挥药品、医用耗材集中带量采购在深化医药服务供给侧改革中的引领作用，完善医药服务价格形成机制，推进医药服务价格改革，完善与医药服务价格相协同的医保支付政策，加快医保、医疗、医药联动改革系统集成，助力优化医药服务资源配置。

1. 推进药品、耗材招采改革。全面推进阳光采购制度落地，督导各公立医疗机构使用药品、医用耗材均在省阳光采购平台采购，做到应上尽上、应采尽采、公开议价、阳光采购。鼓励我市医药产业创新发展，支持创新产品在省平台挂网使用。坚持招采合一、量价挂钩，全面落实国家和省组织的药品、高值医用耗材集中带量采购落地使用。落实国家组织药品耗材集中采购医保资金结余留用政策，鼓励医疗机构合理选用中选产品，做好集采中选产品的保障工作。推进医保基金与集中带量医药企业直接结算，完善医保支付标准与集中带量采购价格协同机制。

2. 深化医疗服务价格改革。按照“腾空间、控总量、调结构、保衔接”的路径，明确价格调整的触发机制、约束标准，加强总量调控、考核激励和综合政策配套。稳妥有序实施价格动态

调整，在总量范围内突出重点、有升有降。支持中医诊疗技术发展，将中医特色优势医疗服务项目等按规定及时纳入医保支付范围，落实中医医疗服务分级定价政策。加强公立医疗机构价格监管，提高医疗服务价格治理规范化、智能化水平。

3. 增强医药服务可及性。发挥医保基金战略性购买作用，促进各类医疗资源合理配置。完善促进医共体内部双向转诊制度的医保政策，合理设置不同层级医疗机构报销待遇，引导群众有序就医。支持社会办医疗机构发展，不断提升医疗资源有效供给。配合公立医院和区域医学高地建设，强化对疑难杂症研究、新技术、新项目的政策支持，增加优质医疗服务的医保供给。坚持中西医并重发展，支持中医药创新传承，将符合条件的中医医疗机构纳入医保定点。

专栏4 医药服务价格治理工程

公立医疗机构阳光采购规范行动。包括机制规范、编码规范、流程规范、交易规范和结算规范等。

医疗服务价格大数据智能化监控管理系统。根据国家医疗服务价格管理子系统和全省统一的医疗服务项目数据库，定期采集市级医疗服务价格政策执行情况、医疗服务项目成本、费用控制等信息。

（七）健全严密安全的基金监管机制

织密扎牢医保基金监管防护网，全面构建以法治为保障，信用管理为基础，大数据监管、多形式检查为依托的全领域、全流程、全方位的基金安全防控机制。

1. 强化基金监管法治保障。贯彻落实《医疗保障基金使用

监督管理条例》，建立健全执法清单和稽核清单，规范执行监管权限、程序、处罚标准等，落实行政执法自由裁量权基准制度，加强医疗保障基金监督管理队伍建设。建立基金监管检查对象名录库、执法检查人员名录库、专家名录库和抽查事项清单，完善“双随机、一公开”机制，建立健全重大欺诈骗保案件审理制度，落实行政执法公示、执法全过程记录、重大执法决定法制审核“三项制度”。

2. 完善基金监督检查方式。开展日常巡查、专项检查、飞行检查、交叉检查、重点检查、专家审查等相结合的多形式检查。根据基金风险评估、举报投诉线索、医保智能监控等因素，确定检查重点，组织开展专项检查。健全部门联动机制，开展联合检查。建立和完善政府购买服务制度，积极引入会计师事务所、商业保险机构等第三方机构和专业人员协助开展检查。

3. 保持打击欺诈骗保的高压态势。开展基金监管“集中宣传月”活动，实施基金监管源头治理工程，综合运用司法、行政、协议等手段，依法严肃追究欺诈骗保单位和个人责任。完善打击欺诈骗保行刑衔接和协同监管机制，加大向纪检监察、公安等部门案件线索移送力度。落实医疗保障违法违规行为举报奖励制度，公开曝光重大典型案例。发挥市医保基金反欺诈宣教基地的教育警示、政策宣传、融合促进作用，引导全社会共同构建“部门协同、群众参与、社会监督”的基金监管格局。

4. 压紧压实基金使用主体责任。强化医疗保障行政部门对基金使用全过程监督管理责任。加强医保经办机构服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付工作，压实定点医药机构基

金使用管理责任，督促遵守行为规范，提供合理必要的医药服务。严格参保人持卡就医、实名就医，按照规定享受医疗保障待遇。

5. 健全运用基金监管信用体系。完善定点医药机构及人员医保信用记录、信用评价和积分管理制度，根据信用评价结果依法依规实施守信激励和失信惩戒。健全医保信用监管系统，将信用评价结果与监督检查、预算管理、稽核检查、定点协议管理及医保基金的拨付等互联互通。推进行业自律，促进定点医药机构、医保医师自我规范和自我约束。探索建立定点医药机构信息报告制度和参保人员失信管理机制。

专栏5 基金监管源头治理工程

基金监管“集中宣传月”项目。明确每年4月为全市医保基金监管“集中宣传月”，通过新闻发布会、广场活动、曝光典型案例等多种形式，开展“打击欺诈骗保维护基金安全”宣传活动。

实施基金监管源头治理。围绕保基本、促改革、强基础、重监管要求，坚决维护医疗保障基金安全。“十四五”期间，全市定点医疗机构、定点药店等监管对象抽查复查覆盖率达到100%，有力遏制欺诈骗保现象，有效控制医疗费用不合理增长，基本建成高质量基金监管治理体系。

（八）大力推进智慧医保建设

遵循国家、省顶层设计，推动医保数字化转型，建立统一、高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息系统，实现服务人性化、管理精细化、监管智能化、决策科学化。

1. 建设南通“智慧医保”。全面接入国家医疗保障信息平台，全面实现定点医疗机构实时联网，推进信息流、资金流、业

务流的整合。建立专业的信息化队伍，服务于全市医保信息化建设，规范数据管理和应用权限。探索建立医保数据应用安全管理机制，保障网络安全、应用安全、数据安全、基金安全。突出应用导向，开展多元深度的大数据挖掘分析，充分发挥大数据在智能服务、医保精算、形势分析、风险防控、宏观决策、政策评估等业务中的作用和价值。

2. 打造智能立体监管系统。建设高效的智能监控系统，将定点医疗机构、定点零售药店、医保医师、参保人及长期照护保险、异地就医等统一纳入医保智能监控系统，实现监控对象全覆盖。构建全方位、全流程、全环节的医保基金运行监测预警防控体系，与“市域治理”“雪亮工程”等系统对接，实现事前预警、事中监控、事后审核的全流程覆盖。建立医疗保障行政执法数字化记录工作机制，推广应用移动执法终端，规范执法行为，提高执法效能。

3. 推进医保业务信息标准化。严格执行国家15项医疗保障信息业务编码标准，建立协同联动、职责分明的医疗保障标准化工作机制，强化标准实施与监督。落实统一的医疗保障标准清单，强化日常管理维护，完善应用长效机制。推广使用医保电子凭证，推行“一码通行”，提供就医购药、医保结算全流程线上服务。积极打通政务信息共享渠道，强化移动端服务，推进医疗收费电子票据应用。

专栏6 医保数字化转型工程

医疗保障信息平台项目。依托智慧医保江苏平台，接入经办管理、智能监控、公共服务、宏观决策等四大类14个子系统，全面推进信息流、资金流、业务流的整合，充分发挥大数据在智能服务、医保精算、形势分析、风险防控、宏观决策、政策评估等业务中的作用和价值。

智能立体基金监管项目。深化全国医保智能监控示范点建设，充分利用信息化手段，对定点单位就诊结算实现全方位、全过程的监控和管理。充分研究分析欺诈骗保行为的新特点，进一步提高数据监控智能化水平，将视频监控人脸识别等技术运用与数据监控系统相融合，加强现场检查、调查、处理全过程信息化建设，力争形成可推广、可复制的医保基金智能监管“南通样板”。

（九）优化提升医疗保障公共服务水平

推进医疗保障经办机构法人治理，探索建立共建共治共享的经办管理工作机制。以人性化为导向、法治化为保障、标准化为基础、信息化为支撑，深入推进医保领域“放管服”改革，创新管理方式，打造高效便民的医保经办服务体系。

1. 加快构建集成高效的服务网络。加强医保经办队伍建设，依据参保人数、工作量和服务半径，加强经办服务能力配备，形成以市、县医保经办机构为主体，基层服务站点为依托，定点医疗机构为补充的经办服务体系。大力推进服务下沉，依托乡镇（街道）、村（社区）便民服务中心和医院端“医保服务站”等，建立四级联动、城乡一体、定点补充的“15分钟医保服务圈”。推进医保服务与基层治理深度融合，建立联席会议、能力提升、政策宣传、决策参与、清单动态调整等机制。

2. 加快医保服务标准化规范化建设。动态优化全市统一的医保经办政务服务事项清单和办事指南,实现全市医保经办服务事项名称、事项编码、办理材料、办理时限、办理环节、服务标准“六统一”。按服务质量最优、所需材料最少、办理时限最短、办事流程最简的要求,推行医保服务“一次告知、一表申请、一站服务、一单结算、一窗办成”。实施“综合柜员制”服务,推行证明事项告知承诺制,深化医疗保障“一件事”改革,全面实施“好差评”制度,建立服务绩效评价体系,强化医保经办政务服务内控机制建设。

3. 加快提升医保经办政务服务效能。推行医保服务事项“最多跑一次”改革。电子医保凭证应用基本实现两定机构全覆盖。优化“南通医保”公共服务平台,与国家医保电子凭证、江苏医保云、江苏政务服务、南通百通、政企通、定点机构移动端等平台有效衔接,推进经办政务服务“线上办”“掌上办”“自助办”,探索医保服务“视频办”。实现“12393医保服务热线”与“12345政务服务便民热线”双号并行。积极探索信息共享,实现处方流转、在线支付结算、送药上门等“一体化”服务。

4. 加快创新医保公共服务方式。探索医保经办服务新模式,利用国家医保电子凭证“实名+金融”支付功能,开展诊间结算、床边结算、线上结算,探索慢性病互联网诊治服务模式。加快推进住院、门诊费用异地就医跨省直接结算,实现省内医保定点零售药店医保购药直接结算,探索高频服务事项“跨市通办”“跨省联办”。坚持传统服务方式与新型服务方式并行,建立线上线下经办政务服务融合发展模式,合理保留传统服务方式,实现线

上服务便捷化，线下服务人性化。

5. 协同推进长三角医保服务共治共享。深化长三角区域共治,按照上级部署,协同推进长三角医保经办政务服务事项统一,实现长三角地区医保关系转移接续、零星报销、自助备案等“一网通办”“一码通办”。建立健全长三角异地就医经办管理协作机制,做好参保人员异地就医经办管理服务。探索跨区域医保费用联审互查、行政执法协作互助机制,强化区域联合监管。

专栏7 优化医保领域便民服务工程

医保经办便民服务计划。聚焦群众就医和医保需求,补短板、堵漏洞、强弱项,推动服务创新与互联网、大数据等信息技术深度融合,推进经办服务高效化、智能化,让数据多跑路、群众少跑腿。推行医保服务事项“最多跑一次”改革,高频医保服务事项实现“跨省通办”,切实提高医保服务水平。

“15分钟医保服务圈”项目。坚持因地制宜、统筹协调、资源整合,全力构建优质便捷、运行高效、管理有序的“15分钟医保服务圈”。到2022年、2023年底全市乡镇(街道)“15分钟医保服务圈”建成率分别达到70%、100%,2025年底实现乡镇(街道)“15分钟医保服务圈”+村(社区)“医保服务点”区域服务全覆盖。

(十) 强化老龄化社会医疗保障供给

充分研判老龄化社会发展趋势,研究应对人口老龄化医疗负担的多渠道筹资政策,引导社会力量参与,满足老龄人口就医需求。总结长期照护保险制度国家试点经验,优化筹资模式,强化基金监管,确保制度可持续。

1. 构建与老龄化社会相匹配的医疗保障体系。加强老龄化社会延展医疗服务链的研究和对我市老龄化结构的分析研判,建

立多层次医疗保险参保、筹资、待遇等全方位的政策应对机制，提升基本医疗保险对老龄化社会的保障能力。

2. 持续完善长期照护保险制度。持续深化完善长期照护保险制度体系，不断健全政策、经办、标准、基金、信息、服务“六统一”的长期照护保险管理机制。强化对第三方社会力量在参与基金安全监管、开展失能等级评估、提供照护和辅助器具服务等方面的监督。探索失能失智预防，形成可复制、可推广且在全国具有影响力的长期照护保险制度。探索长期照护保险异地结算，逐步解决异地安置退休人员、异地长期居住人员等群体的长期护理服务需求。

3. 协同推进养老服务体系建设。坚持系统集成，推动长期照护保险与养老事业、养老产业协同发展，推进居家社区机构相协调、医养康养相结合的养老服务体系建设，不断提升长期护理服务质量，扩大医疗保障适老化服务供给。做好与经济困难的高龄、失能老年人以及重度残疾人照护补贴等政策的衔接。

4. 着力提高医保服务适老化程度。健全医保服务线下办事网络，配备相关适老服务设施设备，开通老年人等候办理绿色通道，健全志愿服务、预防救护等机制，方便老年人就近快捷办理相关事项。对老年人高频办理的医保费用零星报销、门诊慢特病种待遇认定等事项，按“四最”要求实现“一站式”服务。加快推进数据共享，通过授权代理、亲情账户等方式，帮助老年人实现高频服务事项网上及时办理。

四、保障措施

(一) 加强组织领导。坚持把党的领导贯穿于医疗保障工作

全过程，建立健全统筹协调推进机制，机构编制、发展改革、公安、民政、司法、财政、人力资源和社会保障、农业农村、卫生健康、市场监管、医疗保障、税务、银保监等部门按照职责分工抓好落实。建立与基本医疗保险市级统筹机制相匹配的行政管理体制，积极探索市级以下医疗保障部门垂直管理。

（二）强化法治保障。全面推进法治医保建设，完善基本医疗保障制度体系，规范行政执法行为，深化“放管服”改革，推进行政权力公开透明运行。严格落实重大行政决策程序，全面执行规范性文件合法性审查和社会稳定风险评估制度。开展打击欺诈骗保普法宣传活动，引导全社会增强医保法治意识。

（三）落实资金保障。加强财政预算与规划实施的衔接协调，建立健全与医疗保障工作相适应的预算安排机制，保障医疗保障机构建设和正常运转，支持重大政策、重大工程项目、重大改革试点的实施和信息化建设。加大政府向社会购买公共服务的投入力度。加强专项资金管理，全面实施绩效评估，开展审计监督，提高资金使用效率。

（四）加强队伍建设。坚持政治引领、服务大局、着眼长远，不断优化人员专业结构、年龄结构，注重引进高层次人才、紧缺专业人才，注重在基层发现人才、锻炼人才、培养人才，建立健全中长期人才培养机制。强化行政和经办力量建设，力争经办服务人员配比高于全省平均水平。发挥“三项机制”激励担当作用，锻造一支忠诚可靠、专业扎实、经验丰富的医保人才队伍。充分发挥医疗保障研究会在医保政策制定、绩效评估等环节中的智库作用。

（五）完善评价机制。健全统计分析和决策咨询机制，运用大数据技术提高统计分析效能。完善监测评估制度，制定目标任务分解落实方案，强化对规划实施情况的跟踪监测和情况分析。科学制定年度事业发展计划，定期实施规划评估，督查规划落实情况，评价规划实施效果，分析研究规划实施中存在的问题，及时提出对策建议。

（六）强化宣传引导。坚持正确政治导向，做好医疗保障政策解读，完善新闻发布机制，强化舆情监测和管理。加大对医疗保障法律法规和政策措施的宣传力度，创新宣传形式，拓展宣传渠道，全方位、多角度开展宣传活动，提升社会知晓度、认可度、参与度，引导社会各界共同关心和支持医疗保障工作。