

# 盐城市“十四五”医疗保障发展规划

“十四五”时期（2021-2025）是全面建设社会主义现代化国家新征程的启航期，也是深入领会习近平总书记视察江苏重要讲话指示精神，立足新发展阶段，贯彻新发展理念，融入新发展格局，坚持以人民为中心，在“争当表率、争做示范、走在前列”中展现盐城担当，建设“四新盐城”的关键期。为推动全市医疗保障事业高质量发展，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《中共江苏省委 江苏省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（苏发〔2021〕5号）、《盐城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》及相关法规文件，特编制本规划。

本规划回顾总结了“十三五”期间我市医疗保障事业所取得进展，分析了“十四五”医疗保障事业发展所具备的基础条件、面临形势，明确了我市医疗保障事业“十四五”发展目标、主要任务和重点项目，是今后五年我市医疗保障事业发展的指导性文件。

## 一、发展基础和面临形势

### （一）发展基础

“十三五”以来，在市委市政府的坚强领导下，全市已经初步建立起与经济社会发展水平相适应、覆盖城乡各类人群、制度基本健全、待遇水平稳步增长、公共服务持续优化的医疗保障体系。特别是2019年我市组建成立医疗保障部门以来，集中统一

的医疗保障管理体制全面建立，人民群众“看病难、看病贵”问题持续缓解，贫困人口全员纳入保障。全民医保目标基本实现，2018年，全市实现城镇居民医疗保险与新型农村合作医疗整合，结束了城、乡医疗保障制度安排不同、管理体制不同的格局，建立起统一的城乡居民医疗保险制度。2020年，全市职工基本医疗保险和城乡居民医疗保险参保人数达736万人，参保率稳定在98%以上。待遇保障水平稳步提高，“十三五”期间，在不断扩大政策范围的基础上，职工、城乡居民基本医疗保险政策范围内住院费用报销率分别达到85%、70%，门统、门慢、门特待遇保障水平提升，特定病种范围明显增加、补偿标准进一步提高，高血压、糖尿病“两病”门诊用药和以进口靶向药为主的国家谈判药纳入保障范围。大病保险最低报销比例提高10个百分点，达到60%；全市建档立卡低收入人口全部免费纳入基本医疗保障范围，低收入人口在县域内住院个人负担费用控制在总费用10%以内。对多发病和重大疾病的保障两端发力，普惠、特惠政策并举，公平普惠的待遇增长机制逐步健全。制度公平性、统一性大幅提升，职工基本医疗保险和生育保险合并实施，按“六统一”要求全面推进并做实基本医保市级统筹。医保扶贫成果显著，基本医疗保险、大病保险、医疗救助有效衔接，困难群众“基本医疗有保障”得到进一步稳定巩固。医保重点改革持续推进，国家、省、市三级集中带量采购药品（医用耗材）在我市成功落地，全市公立医疗机构药品（医用耗材）阳光采购、网上议价、公开交

易有效落实；医保支付方式改革扎实推进，按疾病诊断相关分组（DRG）付费方式改革省级试点取得实质性进展。基金监管制度体系不断完善，建立事前、事中、事后监管预警机制，打击欺诈骗保高压态势始终保持，群众的“救命钱”“保命钱”更加安全。公共服务效能全面提升，统一实施医保公共服务清单和业务指南，全面推行“综合柜员制”改革和经办业务网上办、掌上办、就近办，医保电子凭证正式启用，异地就医联网结算方式从无到有、范围从点到面、网点从疏到密，长三角异地就医费用门诊费用实现直接结算，便捷程度极大提高；医保服务规范化、标准化、信息化、一体化水平不断提升，在全省经办服务专项评价中居于前列。积极投身新冠肺炎疫情阻击战，及时调整医保政策，全面实施“两个确保”，基金预拨支持医疗机构抗疫，创新医保公共服务“不见面”经办模式，阶段性减半征收职工医保的单位缴费，助力企业复工复产。

表1 “十三五”规划主要指标完成情况

主要指标	2015年 基数	“十三五” 规划目标	2020年 实现情况
1. 基本医疗保险参保率(%)	97.2	≥98	98.2
2. 职工基本医保参保人数(万人)	127.48	——	142.15
3. 城乡居民基本医保参保人数(万人)	——	——	593.40
4. 职工医保住院费用政策范围内报销比例(%)	82.61	80左右	85.59
5. 生育保险参保人数(万人)	69.44	75	81.29
6. 困难群体纳入基本医保范围覆盖率(%)	——	——	100

主要指标	2015年 基数	“十三五” 规划目标	2020年 实现情况
7. 城乡居民基本医疗保险财政补助最低标准 (元/人)	380	——	630/680
8. 定点医药机构现场检查覆盖率(%)	——	100	100
9. 省内异地就医联网结算率(%)	——	80	91

全市医疗保障事业快速发展，对缓解群众看病就医后顾之忧、支持医药事业发展、奠定经济社会改革转型基础，起到了安全网、减压阀、压舱石的重要作用，为“十四五”医疗保障事业发展奠定了坚实基础。

## （二）面临形势

“十四五”时期，是向第二个百年奋斗目标进军的第一个五年，也是我市医疗保障制度体系迈向成熟定型的重要战略机遇期，医疗保障事业发展也面临着诸多挑战。

一是医疗保障事业已迈入高质量发展新阶段。党的十九大作出全面建立中国特色医疗保障制度的决策部署，2020年初，党中央国务院制定印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》，新时代医疗保障制度框架顶层设计基本完成，标志着医保制度将从长期试验性改革状态进入成熟定型的新发展阶段。“十四五”时期，随着我市成为长三角中心区城市、全面迈入高铁时代，我市的时空坐标和资源价值发生了历史性变化，是我市的重要战略机遇期。当前，我市全民医保的目标已经基本实现，需要着力解决

“不平衡、不充分”的问题，人民群众要求获得更加公平、更高水平的医疗保障，呈现出多样化、个性化、多层次的需求，对标“争当表率、争做示范、走在前列”的总目标、总纲领、总要求，必须与时俱进地审视医疗保障的目标取向、理念思路、部署举措，增强医疗保障改革的整体性、系统性、协同性，推动质量变革、效率变革、动力变革，使发展成果更好惠及全体人民，让人民群众享受现代化的高品质医疗保障。

二是医保基金可持续发展面临挑战。随着我国经济发展进入新常态，各种周期性结构性的因素交织，医保基金收入增速明显放缓，已经从制度建立之初的高速增长转为缓慢增长，而人口老龄化程度加深、疾病谱变化、医药新技术运用等因素都将推动医疗费用继续增长，医保基金收支平衡的压力进一步加大。我市经济社会发展不平衡不充分的问题依然突出，实体经济特别是制造业发展面临困难较多；城市能级不高，县域经济发展相对滞后，人口聚集能力不强；老龄化程度偏高，60周岁以上户籍人口占比达24.65%等，这些因素对我市参保人数、参保结构、基金收入都带来持续影响。

三是制约医保高质量发展的深层次问题凸显。从宏观上看，在发展动力上，内外联动不够，医保、医疗、医药相关领域改革还不够协同、集成，医保的基础性和引领性作用有待进一步发挥；在发展路径上，多层次医疗保障体系尚未健全、医保基金战略购买者作用发挥不明显，医保管理方式还比较粗放；在发展支撑上，

医保法治化水平相对滞后，信息化标准化建设还存在短板。从微观上看，我市医保护面、控费、便民等主要任务还有较大提升空间，依法参保人员结构不够合理，职工医保占比过低，城乡居民医保基金抗风险能力较弱；由于服务对象和领域面广、量大、线长，管理还不够精细到位；基金监管力量严重不足，欺诈骗保现象普发多发；基层服务网络尚未全覆盖，服务群众的“最后一公里”亟待打通。

## 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，全面贯彻落实党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，深入贯彻落实习近平总书记视察江苏重要讲话指示精神，坚持以人民为中心的发展思想，立足新发展阶段，坚持新发展理念，构建新发展格局，对标“争当表率、争做示范、走在前列”目标定位，以推动医疗保障高质量发展为主题，以更好解决人民群众疾病医疗后顾之忧为根本目的，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，持续推进医疗保障治理体系和治理能力现代化，努力为全市人民提供全方位全周期医疗保障，不断提升人民群众的获得感、幸福感和安全感。

### （二）基本原则

坚持以人民健康为中心。加强党对医疗保障工作的全面领导，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，深入实施“健康盐城”行动，建设更加系统、更加高效、更高质量的医疗保障，实现好、维护好、发展好最广大人民的健康权益。

坚持公平统一、保障基本。将基本医疗保障依法覆盖全民，遵循普惠公平、互助共济、权责相当，持续推动制度规范统一，提高基本医疗保障公平性、共济性，坚持尽力而为、量力而行，确保稳健持续。

坚持改革创新、系统集成。坚持系统思维，统筹推进存量改革、优化增量、精细管理和提升服务，发挥医保战略购买作用，增强改革的整体性、系统性、协同性。

坚持协同高效、共享共治。坚持政府、市场、社会协同发力，促进多层次医疗保障有序衔接，强化医保、医疗、医药多主体协商共治，提高协同治理水平。

### （三）发展目标

统筹考虑我市经济社会发展和医疗保障发展条件，坚持问题导向和目标导向相结合，紧紧围绕全市医保事业高质量发展走在前列的定位，我市“十四五”时期医疗保障改革发展努力实现以下主要目标：

基本医疗保障更加公平。市级统筹全面做实，基本医保制度更加规范统一，各方权利义务责任更加对等均衡，待遇保障机制更加公平适度，保障范围和标准与经济发展水平更加适应，公共服务均等化水平更加提升，有效助力人民群众共同富裕。

医保基金使用更有效率。医保政策制定落实更加精准，医保支付、基金监管、药品（医用耗材）集中采购使用、医药价格等改革更加深入，医保管理更加精细，医保基金绩效评价全面开展，医保基金战略购买作用更加彰显，基金使用更加高效。

医保制度更可持续。以收定支、收支平衡的可持续筹资机制全面建立，“全民医保”参保结构更加优化，各类保障有机衔接，多层次医疗保障体系更加健全，各项制度更加成熟定型。

医保发展更加安全。统筹发展与安全，坚守安全底线。严密监测基金运行，确保平稳可控。基金监管更加有力，长效监管机制全面形成。医疗保障信息平台安全运行，数据安全持续强化。

医保公共服务更加便捷。信息化标准化基础全面加强，医保治理的智能化、数字化水平显著提升，医保电子凭证普遍推广应用，线下与线上业务共同发展，传统与智能服务融合并存，规范流程与高效办理高度统一，就医结算更加便捷。

医保法治化体系更加完善。医保制度政策法定化程度明显提升，多主体协商的共建共治共享机制更加健全，行政执法更加规范，个人依法参保缴费意识明显提升，全社会医保法治观念明显加强。

表 2 “十四五” 医疗保障发展主要指标

主要指标	2025 年目标值	指标属性
------	-----------	------



主要指标	2025 年目标值	指标属性
1. 基本医疗保险参保率 (%)	≥98	约束性
2. 职工基本医疗保险参保人数占比 (%)	26 左右	约束性
3. 职工医保政策范围内住院报销比例 (%)	稳定在 85 左右	约束性
4. 城乡居民医保政策范围内住院报销比例 (%)	稳定在 70 左右	约束性
5. 重点救助对象门诊住院费用救助比例 (%)	70	预期性
6. DRG 付费二级以上医院覆盖率 (%)	100	预期性
7. 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
8. 医保政务服务事项线上、窗口可办率 (%)	100	约束性
9. 住院费用跨省直接结算率 (%)	85 左右	预期性
10. 医保政务服务满意率 (%)	≥90	预期性
11. 城乡居民基本医疗保险财政补助标准 (元/人)	930	预期性
12. 支付给基层医疗卫生机构的医保基金达当年筹资总额的比例 (%)	≥30	预期性

### 三、重点任务

#### (一) 完善公平适度统一的基本医疗保障制度

坚持尽力而为、量力而行，强化基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重制度的综合保障，落实生育保障政策，稳步建立长期护理保险制度，建立与经济社会发展水平相适应、满足人民群众需求的待遇保障机制。

1. 全面巩固提高统筹质量。全面做实基本医疗保险市级统筹，推进全市统一医疗救助范围、救助标准、经办管理、定点管理和信息系统建设。探索推进市级以下医疗保障部门垂直管理，

协同推进基金省级统筹。

2. 优化统账结合的基本制度。落实医疗保障待遇清单制度。实行职工和城乡居民分类保障,待遇与缴费挂钩,基金专户管理。改革职工基本医疗保险个人账户,建立健全职工医保门诊共济保障制度,有序拓宽个人账户使用范围。

3. 完善大病医疗保险制度。完善和规范大病保险、公务员医疗补助及企业补充医疗保险,做好大病保险与基本医疗保险政策衔接,探索建立政府、单位、个人合理分担的多渠道筹资机制,在筹资标准与保障水平相匹配的基础上,稳步提高大病保障水平。

4. 统一规范医疗救助制度。建立救助对象精准识别和实时共享机制,实施分类分层救助。规范救助费用范围、合理确定救助标准,适当提高年度医疗救助限额。增强医疗救助托底保障功能,将重点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10%以内。建立防范和化解因病致贫返贫长效机制,巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果,做好与乡村振兴战略的接续衔接。

5. 巩固提升生育保障待遇水平。深入推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施,巩固扩大生育保险覆盖面,参加生育保险的职工在二级及以下医疗机构发生的符合规定的生育医疗费用由生育保险基金全额支付。稳步提高城乡居民医保参保人员住院分娩医疗费用报销水平。

6. 加快建立长期护理保险制度。策应国家积极应对人口老龄化战略,支持全市康养产业发展,探索实施失能人员照护保险,稳步扩大覆盖人群,注重与国家长期护理保险制度过渡接轨。科学设置筹资渠道、筹资标准、待遇标准、服务标准,做好与经济困难的高龄、失能老年人补贴以及重度残疾人护理补贴等政策的整合衔接。建立符合险种特点的经办服务体系,积极引入社会力量参与经办服务。

## (二) 建立健全多层次医疗保障体系

坚持政府推进、市场主导、社会参与,建立健全补充医疗保险与基本医疗保险有效衔接、互为补充的政策体系,提供多层次制度供给,更好满足人民群众多元医疗保障需求。

1. 大力发展补充商业医疗保险。支持商业保险机构开发更多针对大病的保本微利型补充医疗保险产品,做好与基本医保等制度的衔接补充,鼓励实现“医保目录、既往病史、病种限制、住院限制”四个突破,丰富保险产品供给。出台政策措施,有效扩大补充医疗保险购买人群。加强补充医疗保险产品设计、销售、赔付等关键环节监管,加强信息系统对接,在数据共享、税收优惠、宣传推广以及“一站式”结算等方面予以支持。

2. 构建社会力量多渠道参与机制。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药费用负担方面的作用。支持医疗互助有序发展。鼓励社会慈善捐赠,支持医药企业设立慈善医疗援助项目,扩大慈善救助覆盖面。

### （三）完善提升基本医疗保障筹资运行机制

以坚决守住不发生系统性风险为底线，着眼基金中长期平衡、可持续发展，建立健全与市情相适应、与各方承受能力相匹配、与基本健康需求相协调的筹资机制，切实加强基金运行管理和风险预警。

1. 着力优化参保结构。深入实施全民参保计划，全力做好扩面征缴工作。持续扩大职工医保参保占比，根据就业人口、城镇化率等指标，科学合理确定年度参保扩面目标，逐步实现职工医保以劳动就业人口为参保扩面对象。研究新就业形态人员参加职工基本医疗保险政策措施，探索城乡居民基本医疗保险向职工基本医疗保险的转换路径，引导更多群众参加职工医保，力争“十四五”末职工参保占比达26%左右。完善新就业形态人员的参保缴费方式，探索将非本地户籍灵活就业人员纳入参保范围。全面落实居住证参保政策，更好实现居民在常住地参保。

2. 完善筹资分担和调整机制。均衡个人、用人单位、政府三方缴费责任，优化个人缴费和政府补助结构，加强城乡居民医保缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩的机制。落实职工医保基准费率制度，实行费率动态调整，规范并做实职工医保缴费基数。加强财政对医疗救助投入，拓宽医疗救助筹资渠道。加强和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。

3. 加强预算管理和风险预警。坚持“以收定支、收支平衡、

略有结余”的原则，逐步将人口结构、发病率、医疗费用变化因素纳入，建立住院与门诊、药品（医用耗材）与医疗服务、区内就医与转外就医等分项预算，努力提高医疗保障基金收支预算编制科学化水平。全面实施预算绩效管理和基金运行管理考核指标体系，实行基金运行风险分级预警，把化解基金运行风险的手段由主要依靠增加征缴收入向主要依靠提高基金使用质效转变。

4. 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。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。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。统筹医疗保障基金和公共卫生服务资金使用，提高对基层医疗卫生机构的支付比例。

#### 专栏1 “全民医保”质量提升工程

◎全民参保计划。以实现医疗保险法定人员全覆盖为目标，通过大数据应用等手段，对各类群体参加社会保险情况进行记录、核查和规范管理，从而推动落实全民参保。

◎参保结构优化提升项目。以新业态从业人员、灵活就业人员及劳动年龄段城乡居民等人员为重点，完善政策措施，改善缴费服务，推动职工医保参保人数和参保质量优化提升。

#### （四）建立管用高效的医保支付机制

坚持聚焦临床需要、合理诊治、适宜技术，不断完善医保目录、协议、结算管理，实施更有效率的医保支付，更好保障参保

人员权益，增强医保对医药服务领域的激励约束作用。

1. 深化医保支付方式改革。深化总额控制下以按病种付费为主的多元复合式支付方式改革，巩固扩大按疾病诊断相关分组（DRG）付费省级试点成果，全市所有二级以上综合性定点医疗机构全部按 DRG 实际付费。开展门诊支付方式改革，优先从治疗方案标准、评估指标明确的重特大疾病、慢性病及日间手术等入手，推动按病种付费方式向门诊延伸。完善县域紧密型医疗共同体总额付费支付政策。支持中医适宜技术和优势病种支付方式改革。增强支付方式改革与医疗服务协同性，探索医疗服务与药品分开支付，引导医疗机构主动控制成本，严控目录外不合理费用增长。

2. 健全医保支付规则体系。实施医保支付标准与药品（医用耗材）采购联动，探索通用名医保药品支付标准逐步统一。落实高值医用耗材准入制度，引导规范医疗服务行为，促进合理使用。完善医疗服务项目范围管理，明确医保准入、支付、监管政策，提高医疗服务项目管理水平。支持“互联网+医疗”等新服务模式发展，逐步将符合条件的互联网诊疗服务纳入医保支付范围。支持基层医疗机构发展和分级诊疗体系建设，鼓励日间手术等日间服务模式发展，支持远程和上门提供医疗服务等新模式新业态有序发展。

3. 统一医保目录管理。执行全省的基本医保目录库，协同做好目录库与阳光挂网产品信息的动态更新。建立谈判药品落地

情况监测评价制度。规范中药饮片、民族药、医院制剂医保管理，将符合条件的纳入医保支付范围，促进医药产业创新发展。

4. 提升协议管理质效。实施全市统一的定点医药机构协议管理办法，适应人口老龄化、群众多元医疗需求，将符合条件的各类医药机构等纳入医保协议管理范围。科学制定总额预算，推进区域总额预算与机构总额控制相结合，与医疗质量、协议履行绩效考核结果相挂钩。完善定点医药机构退出机制，实现动态管理。

### 专栏 2 深化医保支付方式改革

- ◎完善医保基金总额预算办法，拓展总额控制范围。健全医疗保障经办机构与医疗机构之间协商谈判机制，促进医疗机构集体协商，科学制定总额预算。
- ◎推行以 DRG 付费为主的多元复合支付方式，实现二级以上综合医疗机构全覆盖，并实际付费。
- ◎建立医保支付绩效考核评估体系。

### （五）健全严密安全的基金监管体系

认真贯彻执行《医疗保障基金使用监督管理条例》，始终把维护基金安全作为首要任务，以零容忍的态度严厉打击欺诈骗保行为，加快形成以法治为保障，信用监管为基础，多形式检查、大数据监管为依托，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，确保基金安全、高效、合理使用。

1. 健全监督检查制度。建立和完善日常巡查、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

查制度。建立执法检查“两库一清单”，推行“双随机、一公开”监管。加强部门联防联控，开展联合检查。建立和完善政府购买服务制度，积极引入信息技术服务机构、会计师事务所、商业保险机构等第三方力量参与医保基金监管检查。

2. 强化智能监控手段。建成全市统一的医保基金智能监控系统，丰富监控规则，实行分级管理。推进医保智能监控系统与医保结算系统、异地就医系统、阳光采购系统以及定点医药机构系统数据互联互通，加强大数据应用，实现智能审核全覆盖。

3. 完善信用管理制度。建立健全医药机构、医保医师、参保人员和医药企业医保信用信息记录、信用评价制度和积分管理制度，建立跨部门的守信激励和失信惩戒工作机制，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相挂钩。

4. 建立综合监管制度。适应医疗保障管理服务特点，建立并完善部门间相互协同的综合监管制度。综合运用协议、行政、司法、信用等手段，对查实的欺诈骗保行为，各相关部门要按照职责权限对有关单位和个人进行处理。建立健全打击欺诈骗保行刑衔接机制，做好相关案件线索的移送交接工作。

5. 健全社会监督制度。发挥市县两级医保基金社会监督员作用，鼓励行业协会开展行业规范和自律建设。建立定点医疗机构信息强制披露制度，依法依规向社会公开定点医药机构及其工作人员的医疗服务行为、医药费用等数据信息。经办机构定期向



社会公告基金收支、结余和收益情况。严格落实举报奖励制度。建立基金监管曝光台，公开曝光重大典型案例。

6. 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。落实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责任，压实定点医药机构基金使用管理责任，督促遵守有关行为规范，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。

### 专栏 3 基金监管源头治理工程

◎实施“三年行动计划”。在2021年-2023年期间，全市二级以上医疗机构抽查复查覆盖率达到98%以上，三级医疗机构抽查复查全覆盖。

◎实施“能力提升计划”。力争用3-5年的时间，建立医疗保障基金监督执法机构。组织开展专业技能培训、依法行政培训、检查实训，各级执法人员培训实现全覆盖。

◎实施“规范执法年活动”。贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，建立重大欺诈骗保案件审理委员会，落实行政执法“三项制度”，建立执法案卷评查机制。

◎建立执法检查“两库一清单”。建立健全全市执法人员名录库、检查对象名录库以及检查清单。

## （六）深化药品（医用耗材）采购使用改革

全力推动国家、省、市三级药品（医用耗材）集中带量采购，实施医保基金战略性购买，推进改革系统集成，深化治理药品（医用耗材）价格虚高，减轻群众医药负担。

1. 夯实采购监管基础。推进省平台与全市医疗机构系统互

联互通，实行阳光采购全流程闭环管理。建立药品（医用耗材）价格信息共享和联动机制，加强动态监测和统计分析。

2. 全面实施阳光采购。公立医疗机构使用药品（医用耗材）均在省平台阳光采购、公开交易、应上尽上、应采尽采。推进阳光挂网采购、备案采购、联盟带量采购，提高公立医疗机构网上议价积极性。全面实施信用评价制度，促进药品（医用耗材）价格处于适宜水平。

3. 积极推进集中带量采购。落实好国家、省集中采购结果，积极参与国家、省联盟采购，巩固跨地区区域联盟成果，不断扩大采购品种范围。推进医保基金与联盟带量医药企业直接结算。

4. 完善配套政策。发挥医保支付政策对药品（医用耗材）采购使用的引导约束作用，将阳光采购情况纳入医保定点协议管理。全面实施集中带量采购结余留用政策，激励医疗机构合理使用中选产品。

### （七）深化医疗服务价格改革

建立适应社会经济发展、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形成机制，提高医疗服务价格治理的社会化、标准化、智能化水平。

1. 健全监测管理体系。配合建设全省统一的医疗服务项目数据库，实现与公立医疗机构 HIS 系统互联互通，实时动态监测。加强医疗服务价格监测，采集分析医疗服务项目成本、费用控制等信息，适时监测分析医疗服务价格政策执行情况，及时开展医

疗服务项目价格调查和信息发布。

2. 完善分类管理制度。严格执行全省医疗服务项目规范，规范医疗服务项目设立、内涵边界。分批分类动态调整医疗服务项目，取消淘汰不适应临床需求的落后技术。适应医疗服务模式发展创新，支持“互联网+”医疗服务新技术应用。完善医疗服务价格分级管理机制。

3. 建立动态调整机制。按照“腾空间、调结构、保衔接”的路径，建立价格调整的触发机制，加强药品（医用耗材）带量采购与医疗服务价格动态调整的有机衔接，推进价格结构优化。改革医疗服务定价方式，探索实行医耗分离等定价方式，新增项目试用期内由医疗机构自主定价。深入调研评估，稳妥有序实施价格调整。

#### 专栏 4 医药服务价格治理行动计划

◎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。

◎落实医药企业阳光采购诚信体系，包括信用评价目录清单、医药企业主动承诺、失信信息报告机制、医药企业信用评级标准制订和处置办法等。

◎建立“集采药品专柜”提升可及性，建立覆盖各县（市、区）的“国家和省集中采购药品专柜”，开展“零加成”销售，医保直接结算，提高集中采购药品可及性和便捷性。

◎医疗服务价格大数据智能化监控系统。依据全省统一的医疗服务项目数据库，定期采集医疗服务价格执行情况、医疗服务项目成本、费用控制等信息。

### （八）大力推动医保信息化一体化建设

聚焦医疗保障工作重要领域和关键环节,积极主动运用数字技术和互联网思维改进医疗保障政务服务,发挥互联网在医疗保障要素配置中的优化和集成作用,促进医疗资源得到最优配置,人民群众得到便捷可靠服务。

1. 推进“智慧医保”工程建设。按照全省“一盘棋”的要求,搭建“标准规范统一、数据省级集中、平台两级部署、责任分级落实”的医疗保障信息平台,接入全省异地就医、智能监控、公共服务、大数据应用四大平台。

2. 全面实现医保公共服务事项网上办、掌上办。推动人工智能、大数据、物联网、区块链等先进技术在医保管理中的运用,推广电子凭证应用普及,基本实现参保人员、两定机构全覆盖。依托医保诚信记录,逐步推广先诊疗后付费服务,参与建设并利用全省统一的医保电子病历和处方流转信息平台,实现医疗数据区域共享,构建以全体参保人员全生命周期医保、医疗、医药电子档案,提供就医购药、医保结算、处方外配全流程线上服务。

3. 打造智能立体监管系统。依托省药品(医用耗材)阳光采购和综合监管平台,配合建设全省药品(医用耗材)追溯管理系统,建立动态招采数据库,实现药品(医用耗材)进销存实时管理。推行医疗保障行政执法数字化记录,推广应用移动执法终端,规范执法行为,提高执法效能。

4. 开发应用医保大数据。通过省大数据交换平台,加强与部门间数据有序共享,分级分类开放医保公共数据。规范数据管

理和应用权限，做好数据脱敏和隐私保护，依法保护参保人员基本信息和数据安全。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。

5. 健全标准化体系。严格贯彻执行国家 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。落实统一的基础共性、管理工作、公共服务、评价监督等医疗保障标准清单，构建全市统一的医疗保障管理标准化体系。强化医疗保障标准日常管理维护，完善落地应用长效机制。

### 专栏 5 “智慧医保” “数字医保” 建设工程

◎建设内容：遵循国家医疗保障局信息化顶层设计，依托全国统一的中台技术体系和架构，配合建设智慧医保江苏平台。

◎平台特点：统一、高效、兼容、便捷、安全。统一编码标准、统一系统架构、统一数据规范；系统架构层次更高、平台支撑能力更强、经办响应速度更快；能运行不同险种、兼容不同政策、满足不同需求；操作便捷、服务便捷、体验满意；确保网络安全、应用安全、数据安全、基金安全。

◎编码统一：贯彻执行 15 项医疗保障信息业务编码标准，实现纵向全贯通，横向全覆盖。

◎平台应用：突出数字赋能，充分利用大数据、5G、人工智能、物联网、区块链等先进技术，助推我市医保便捷可及大服务、规范高效大经办、智能精准大治理、融合共享大协作、在线可用大数据、安全可靠大支撑体系建设，为全市医疗保障服务人性化，管理现代化，监管智能化，决策科学化提供强有力的信息化支撑，树立群众满意的医疗保障公共服务新形象。

## （九）优化提升医疗保障公共服务能力

坚持规范化、标准化、信息化、一体化建设，不断提升医保公共服务能力和水平，为人民群众提供便捷高效的医疗保障服务，不断增强人民群众的获得感、满意度。

1. 统一全市医保公共服务体系。大力推进服务下沉，全面建成市、县、乡镇（街道）、村（社区）四级联动、城乡一体的15分钟医疗保障便民服务圈。加强经办服务队伍建设，通过设立正式岗位、购买服务等方式，充实经办力量，打造一支与新时代医疗保障公共服务要求相适应的专业高效队伍。

2. 医保公共服务规范化标准化建设走在全省前列。全面落实医保政务服务清单制度，规范执行《盐城市医疗保险经办业务标准化手册》，全面实施“综合柜员制”服务，实现一站式服务、一窗口办理、一单制结算。建立服务绩效评价体系，落实“好差评”制度。强化医保公共服务机构内部控制，建立流程控制、风险评估、运行控制、内审监督等工作机制。建设统一的医保公共服务热线，及时回应群众诉求，实现有问必答、有求必应。规范医保经办服务大厅和窗口建设，合理配备服务网点，优化完善无障碍设施，开辟绿色通道，畅通为老年人代办的线下渠道。

3. 探索医保结算服务新模式。利用医保电子凭证“实名+金融支付功能”，优化再造就医流程，开展诊间结算、床边结算、线上结算，减少患者排队频次，缩短等候时间。探索建立慢性病互联网诊治、第三方药品配送上门的服务模式。

4. 完善医保经办服务体系。积极引入社会力量参与经办服

务，规范并加强政府与社会组织的合作和激励约束机制。建立线上线下公共服务融合发展模式，推进高频政务服务全城通办、跨市通办、跨省联办。加强个人参保服务，拓展多样化的参保缴费渠道。做好跨市域和跨制度参保的转移接续和待遇衔接。有效推进长三角药品目录、诊疗目录、医疗服务设施目录统一，实现长三角医保关系转移接续、零星报销、自助备案“一网通办”。

### 专栏 6 构建医疗保障经办服务体系

- ◎健全经办服务管理体系。建立与市级统筹相适应的层级清晰、权责对应、分类管理、风险共担的医保经办管理体制，推进综合经办服务网络向基层延伸拓展。
- ◎推进服务标准化。完善医保公共服务标准体系，推进全市医保经办机构名称、标识、场地以及业务流程、信息系统、服务质量等统一、规范，实现基本医疗保险、大病保险、医疗救助一站式服务、一窗口办理、一单制结算。
- ◎加强工作人员配备。根据参保人数和服务量等情况，加强经办服务能力配置。
- ◎建设全国统一的医疗保障公共服务平台。包括在线服务平台、手机移动端APP、医疗保障公共服务热线。

### 专栏 7 15 分钟医保服务圈示范工程

- ◎实现县区以上医保经办机构标准化窗口全覆盖，执行国家统一的窗口标准规范，实现经办标识统一、服务流程统一、评价体系统一。
- ◎在全市建成 3 个区县级以上医保经办服务示范窗口，并重点向区县倾斜。
- ◎建设 10 个医保基层服务示范点，面向乡镇（街道）和村（社区）两级，推动经办服务下沉。
- ◎建设 10 个医保定点医疗机构示范点，推动精细化管理，提升参保人就诊体验。
- ◎建设 1 个智慧医保管理服务示范点，提升经办管理服务数据化、智能化水平。

## 四、保障措施

（一）加强组织领导。建立市级协调推进机制，机构编制、

医疗保障、发展改革、财政、公安、司法、民政、人力资源社会保障、卫生健康、市场监管等部门按照职责分工抓好落实，合理推进规划实施。建立相应工作推进机制，结合实际制定全市各县（市、区）医疗保障发展规划或实施方案，形成全市医疗保障发展规划体系。积极融入长三角一体化发展战略，强化长三角地区医疗保障合作。

（二）强化法治保障。全面推进法治医保建设。全面实行行政执法“三项制度”，全面规范行政执法行为。深化“放管服”改革，全面推进权力公开透明运行。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核制度。完善行政复议和行政应诉工作制度。深入开展打击欺诈骗保维护基金安全宣传活动，引导全社会增强医保法治意识。全面增强医疗保障干部依法行政意识。

（三）加强人才队伍建设。坚持政治引领、服务大局，坚持科学统筹、务实高效，努力打造一支忠诚、干净、担当的医疗保障干部队伍。优化队伍结构，稳妥合理有序引进紧缺急需的高素质专业化人才。强化能力素质提升，实施医疗保障队伍专业能力提升计划。发挥“三项机制”激励担当作用，坚持严管和厚爱相结合、约束和激励并重，营造正气充盈、积极向上的干事创业氛围。

（四）加大财政投入。加大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



公共服务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。加大政府向社会力量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，提升资金使用效率。

（五）加强宣传引导。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，引导社会各界共同关心和支持医疗保障工作。

（六）加强监测评估。建立规范统计调查制度，完善统计分析和决策咨询机制，运用大数据技术提高统计分析质量。完善监测评估制度，制定规划目标任务的分解落实方案和统计指标体系，强化对规划实施情况的跟踪监测和情况分析。将本规划确定的约束性指标纳入本系统考核体系，其他各项指标和任务也要定期检查、落实到位。加强年度事业发展规划编制工作，科学制定年度事业发展规划。定期实施规划评估，检查规划落实情况，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。