

江苏省人民政府办公厅关于印发江苏省 “十四五”医疗保障发展规划的通知

苏政办发〔2021〕56号

各市、县(市、区)人民政府,省各委办厅局,省各直属单位:

《江苏省“十四五”医疗保障发展规划》已经省人民政府同意,现印发你们,请认真组织实施。

江苏省人民政府办公厅

2021年8月25日

江苏省“十四五”医疗保障发展规划

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大制度安排。根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《江苏省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》和《国家“十四五”全民医疗保障规划》,编制本规划。本规划是“十四五”我省规划体系的重要组成部分,是“十四五”时期指导全省医疗保障改革发展的行动指南。

一、发展基础和面临形势

(一)发展基础。

“十三五”以来,在党中央、国务院和省委、省政府的坚强领导下,医疗保障制度改革向纵深推进,全省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。特别是党的十九大以来,党中央把医疗保障体系建设摆在更加突出位置,组建成立医疗保障部门,我省集中统一的医疗保障管理体制全面建立。“十三五”时期,医保改革推进力度持续加大、医保功能作用进一步发挥、群众获得感不断增强,为提高人民健康水平提供了坚实保障,有力支撑全省高水平全面建成小康社会。

全民医保目标基本实现。全民参保计划全面实施,截至2020年末,基本医疗保险参保人数达7967万人,参保率稳定在98%以上。公平普惠的待遇保障机制逐步健全,职工和城乡居民医保政策范围内住院费用报销比例分别稳定在85%和70%左右。低收入人口参加基本医疗保险实现动态全覆盖,待遇倾斜政策精准落实,困难群众“基本医疗有保障”得到进一步稳定巩固。

多层次医保体系逐步完善。基本医疗保险为主体、大病保险为补充、医疗救助为托底的三重制度保障体系持续健全完善并统一规范,实现梯次减负有效衔接,综合保障效应充分发挥。职工补充医疗保险、商业补充医疗保险等协同发展的多层次医疗保障体系初步建立,生育保险与职工基本医疗保险合并实施,医疗保障网进一步织密扎牢。生育保险制度更加完善,长期护理保险试点稳步推进。

医管理体制机制整合统一。医疗保险、医药价格、招标采购、医疗救助、经办服务等职能有效整合,构建了医疗保障改革发展集中统一管理的新格局。基本医疗保险市级统筹全面推进,设区市范围内基本实现了基本政策、待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理、信息系统“六统一”,制度公平性、统一性大幅提升,政策碎片化现象逐步解决。

重点领域改革取得突破。高值医用耗材治理改革率先推进,组织开展四轮省级高值医用耗材联盟集中带量采购,全面落实国家药品医用耗材集中带量采购中选结果,累计节约资金107亿元。药品医用耗材阳光采购新机制建立运行,推进公立医疗机构药品医用耗材采购在省综合监管平台阳光采购、网上议价、公开交易。医保支付方式改革持续推进,医疗服务价格调整机制探索推进,医保基金战略性购买作用初步显现。基金监管源头治理深入实施,基金安全防控制度体系逐步建立,共建共治基金监管新格局初步形成。

公共服务实现优化提升。公共服务专项治理成效明显,实施全省统一的11大类32项经办服务事项清单,全省统一入口、省平台统一支撑的“江苏医保云”上线运行,“智慧医保”建设加快推进,医保公共服务规范化、标准化、信息化、一体化水平逐步提升。长三角地区异地就医门诊费用直接结算实现全覆盖,跨省异地就医住院费用直接结算质效持续提升。

疫情防控应对措施有力。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,第一时间预拨医保基金33.9亿元,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。制定实施15项医保公共服务事项“不见面”办理举措,全力保障疫情期间人民群众医保服务需要。执行职工医保单位缴费阶段性减半征收政策,为全省102.7万家单位减征基本医疗保险费149.39亿元,服务“六稳”“六保”取得实效。

(二)面临形势。

“十四五”时期是我国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,是医疗保障制度体系迈向更加成熟定型、推动医疗保障高质量发展的重要战略机遇期。医疗保障工作要顺应我国社会主要矛盾变化,不断满足人民群众多层次多样化需求,把握规律、积极探索,大胆创新、迎难而上,妥善应对各种风险挑战。

党中央、国务院高度重视医疗保障工作,习近平总书记明确指示将医疗保障工作作为重要的民生保障制度安排,作出一系列重要指示批示,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、国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》,省委、省政府出台《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,江苏从全面建成小康社会进入现代化建设新阶段,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,人民群众对医疗保障有着新的更高期待,为医疗保障高质量发展提供了坚实基础,注入了发展动力。

我省覆盖全民的基本医保制度体系基本建成,医保领域深层次改革全面推进,数字化治理持续推进,为医疗保障高质量发展创造了有利条件,增强了内生动力。也应清醒认识到,医疗保障作为重要民生保障,发展不平衡不充分问题依然存在。可持续发展面临风险挑战,参保扩面资源趋于饱和,筹资水平增幅放缓,基金收入存量已定、增量有限,特别是随着我省率先进入深度老龄化社会,退休人员数量持续增加,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持续加大。制度供给不够充分,重大疾病保障还有短板,多层次医疗保障制度不够完善,参保结构不够优化,职工医保个人账户资金沉淀规模偏大,门诊共济保障能力不足。医保改革协同性有待加强,医保与医疗、医药等相关领域改革系统集成亟待突破,医保基金战略性购买作用发挥还不充分,基金使用质效还不够高,医保的基础性和引领性作用有待进一步发挥。基金监管形势依然严峻,常态长效监管机制需要加快建立。医保治理体系和治理能力还不适应高质量发展要求,精细化管理水平亟待提升,法治管理基础比较薄弱,公共服务能力与人民群众需求还存在差距。

医疗保障工作必须坚守人民至上、生命至上,坚持系统观念,树立战略眼光,增强风险意识,为实现更高质量发展、更好保障人民健康和生命安全,促进人的全面发展和全体人民共同富裕作出新贡献。

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,坚持以人民为中心的发展思想,立足新发展阶段,坚持新发展理念,服务新发展格局,对标“争当表率、争做示范、走在前列”光荣使命,以推动医疗保障高质量发展、更好解决人民群众医疗后顾之忧为根本目的,以改革创新为动力,强化精细化管理,发挥医保基金战略性购买作用,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,服务健康江苏建设,努力为群众提供全方位全周期更可靠、更充分、更有价值的医疗保障,不断提升人民群众的获得感、幸福感、安全感,为谱写“强富美高”新江苏建设的现代化篇章提供有力保障。

(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,发展和完善具有中国特色、省情特点的医疗保障制度,牢牢把握新发展阶段的要求,坚决贯彻落实新发展理念,助力构建新发展格局,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,提高基本医疗保障公平性,增强对困难群众基础性、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。

坚持改革创新、系统集成。坚持系统思维,强化政策集成,增强医保、医疗、医药联动改革的整体性、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,提高基金使用效能。

坚持协同发力、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,实施更有效率的医保支付,完善医保公共服务方式方法,提升医保治理社会化、法治化、标准化、智能化水平。

(三)发展目标。

综合考虑我省经济社会发展和医疗保障发展条件,“十四五”时期医疗保障改革发展要实现以下主要目标:

——医保制度规范统一。基本医保制度体系更加公平规范,市级统筹全面做实,推动建立省级统筹制度,多层次医疗保障制度供给更加充分,各类医疗保障有效衔接、互为补充。稳健可持续的筹资运行机制全面建立,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。

——医保待遇公平适度。基本医保待遇政策规范统一,基本医疗保险实现全覆盖。各方权利义务责任对等均衡,待遇保障机制公平适度,保障范围和标准与经济发展水平更加适应,有效助力人民群众共享改革发展成果。

——医保管理精细高效。药品医用耗材集中带量采购和使用改革持续深化,医保支付方式改革全面覆盖,医药机构定点协议管理严格规范,医保支付机制管用高效,基金总额管理机制、风险预警机制全面建立,基金使用效率明显提升,群众医药费用负担进一步减轻,医保基金战略购买作用不断增强。

——医保基金安全可靠。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全面建立,《医疗保障基金使用监督管理条例》有效执行,监管制度体系健全完备,形成打击欺诈骗保高压态势并持续巩固,基金安全得到强力保障。

——医保服务优质便捷。医保公共服务网络实现省、市、县、乡镇(街道)、村(社区)全覆盖,15分钟

江苏省人民政府公报

医保便民服务圈基本建成,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%,人民群众就近享受便捷高效医保服务。

——医保法治体系建立健全。推进医疗保障领域地方立法取得实质性进展,法规规章政策体系进一步健全,医保制度政策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,共建共治共享机制更加健全,全社会医保法治观念明显加强。

——医保信息化统一安全。全省统一的医疗保障信息平台建成使用,标准化智能化广泛运用,全渠道、全业务、全流程医保数字化治理体系基本形成,数据安全有效保障,医保治理现代化支撑能力显著提升。

表1 “十四五”主要指标与预期目标

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	38.9%	45%左右	约束性
3. 职工医保政策范围内住院报销比例	85%左右	稳定在85%左右	约束性
4. 居民医保政策范围内住院报销比例	70%左右	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%	预期性
6. DRG/DIP付费覆盖二级以上综合性医疗机构比例	——	100%	预期性
7. 住院按照DRG/DIP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. 药品、医用耗材集中带量采购品种	药品11个、医用耗材5个品种	省集中带量药品100个品种以上,高值医用耗材覆盖30个品类	预期性
9. 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
10. 医保政务服务事项线上、窗口可办率	80%	100%	约束性
11. 住院费用跨省直接结算率	77.5%	85%左右	预期性
12. 医保政务服务满意率	——	≥90%	预期性

三、重点任务

(一)持续提升全民医保参保质量。

全民参保是发挥基本医保公平普惠功能的基础性工作,要巩固基本医疗保险覆盖面,全面落实全民参保计划,坚持依法参加基本医疗保险,大力提升参保质量,为医疗保障高质量发展奠定坚实基础。

1. 巩固全民参保成果。按照应参尽参、依法参保的要求,大力实施全民参保工程,推动职工、居民等各类人群规范参保。压实用人单位法定义务,促进职工基本医疗保险依法参保。落实居民医保参保动员主体责任,提升城乡居民参保意识,继续实施重点医疗救助对象等困难人员参保资助政策,确保应保尽保。

2. 优化提升参保结构。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,逐步实现职工基本医疗保险以劳动就业人口为参保扩面对象。鼓励个体工商户和农民工参加职工基本医疗保险,完善新就业形态从业人员等灵活就业人员参加职工基本医疗保险政策措施,将非本地户籍灵活就业人员纳入参保范围。打通参加居民基本医疗保险的劳动年龄段居民向职工基本医疗保险的转换路径,引导更多群众参加职工基本医疗保险。全面落实居住证参保政策,更好实现居民在常住地参保。

3. 优化参保缴费服务。全面建成全省医疗保险参保人员基础数据库,鼓励统筹地区五项社会保险单

位参保登记互认与信息推送共享,实现部门间数据信息互联互通、共享应用。拓展多样化的参保缴费渠道,完善灵活就业人员个人参保缴费服务机制。做好跨统筹地区和跨制度参保的转移接续和待遇衔接,规范待遇享受等待期政策,促进参保与待遇享受衔接。

专栏1 “全民医保”质量提升工程

全民参保计划。以实现基本医疗保险法定人员全覆盖为目标,通过大数据应用等手段,对各类群体参加基本医疗保险情况进行记录、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,优化缴费服务,推动职工基本医疗保险参保人数和参保质量优化提升。

(二)完善公平适度的待遇保障机制。

公平适度的待遇保障是增进人民健康福祉的内在要求。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综合保障,推进法定医疗保障制度更加成熟定型,建立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. 促进基本医疗保险公平统一。落实基本医疗保险待遇清单制度,逐步实现政策纵向统一、待遇横向均衡。统一基本政策和医保支付政策确定办法,健全筹资和待遇调整机制。实行职工和城乡居民分类保障,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,建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制,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,妥善做好改革前后政策衔接和待遇平稳过渡。巩固完善城乡居民基本医疗保险门诊统筹。完善统一门诊慢性病、门诊特殊病保障制度,逐步由病种保障向费用保障过渡。

2. 建立覆盖全民的大病医疗保险制度。完善居民大病保险,规范职工大额医疗费用补助和公务员医疗补助,探索建立统一的职工大病保险制度。逐步建立政府、单位、个人合理分担的多渠道筹资机制,稳步提高各类人群大病保障水平。

3. 完善统一规范的医疗救助制度。建立救助对象精准识别和实时共享机制,实施分层分类救助。规范医疗救助费用范围,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。

4. 巩固拓展医保脱贫攻坚奔小康成果同乡村振兴战略有效衔接。完善三重制度综合保障,构建医疗保障防贫减贫长效机制。过渡期内,继续实施基本医疗保险资助参保、大病保险倾斜支付、医疗救助等各项医疗保障帮扶政策,并分阶段、分对象、分类别逐步调整优化。依托农村低收入人口监测平台,做好因病返贫致贫风险监测,建立防范和化解因病致贫返贫的主动发现机制、动态监测机制、信息共享机制、精准帮扶长效机制。

5. 巩固提升生育保障待遇水平。继续做好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。稳步提高居民医保参保人员住院分娩医疗费用报销水平。

6. 稳步建立长期护理保险制度。按照国家部署,深入推进长期护理保险制度试点。实行统一的长期护理保险失能评估标准,完善多渠道筹资机制,合理确定保障范围和待遇标准。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衔接。探索不同统筹地区之间长期护理保险的异地结算,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保障需求。

7. 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。完善突发公共卫生事件下基本医疗保险目录、医疗服务价格

应急调整机制。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,提高对基层医疗卫生机构的支付比例。

(三)建立健全多层次医疗保障体系。

适应人民群众不断提升的健康需求,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化保障需求。

1. 大力发展商业补充医疗保险。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补充医疗保险产品,将医保目录外的合理医疗费用纳入保障范围。建立健全商业补充医疗保险产品优选、考核评估机制,突出商业补充医疗保险产品设计、销售、赔付等关键环节监管。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。

2. 建立完善职工补充医疗保险。扩大职工补充医疗保险覆盖面,完善职工补充医疗保险的筹资、待遇政策,探索建立企业和职工共担筹资机制。规范职工补充医疗保险的管理,提高职工补充医疗保险资金共济能力。

3. 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患者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。建立健全罕见病用药保障机制。

专栏2 构建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保障功能。

大力发展商业补充医疗保险。引导商业保险公司开发全省基本医疗保险参保人员可以购买的商业补充医疗保险产品,鼓励发展城市定制型商业补充医疗保险项目,丰富商业补充医疗保险产品供给,推进商业补充医疗保险与基本医疗保险更好衔接互补。

(四)优化基本医疗保障筹资机制。

合理筹资、稳健运行是医疗保障制度可持续的基本保证。以坚决守住不发生系统性风险为底线,着眼制度高质量发展、基金中长期平衡,建立健全与省情相适应、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。

1. 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。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。建立完善基本医保费率动态调整机制,规范并做实职工基本医疗保险缴费基数。建立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,优化个人缴费和政府补助结构。加强财政对医疗救助投入,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。研究应对人口老龄化医疗负担的多渠道筹资政策。

2. 全面巩固提高统筹层次。全面做实基本医疗保险市级统筹,同步推进城乡居民大病保险实现市级统筹,推进设区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。按照分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核的思路,推动省级统筹。

(五)建立管用高效的医保支付机制。

发挥医保支付引领作用,约束和规范诊疗行为,提升医保基金使用质效,强化医保基金战略购买的价值导向,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,基本建成管用高效的医保支付制度。

1. 深化医保支付方式改革。发挥医保基金战略购买作用,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,合理拉开基层医疗卫生机构、县级医疗机构和城市医疗机构间报销水平差距,支持建立分级诊疗模式,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,推进区域医保基金总额预算与点数法相结合,全面推行按疾病诊断相关分组(DRG)付费和按病种分值(DIP)付费,率先开展DRG与DIP付费的混合

支付方式改革试点。开展门诊支付方式改革,推动按病种(病组)等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。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.健全医保支付规则体系。发挥医保支付引领作用,适应药品医用耗材阳光采购和集中带量采购要求,结合基金承受能力以及群众医药费用负担,率先建立健全相配套的医保支付规则体系。完善医保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,逐步建立科学、公正、透明的动态调整机制,促进医疗服务新技术、新项目为基本医疗提供有价值的供给。

3.统一医保目录管理。严格按照国家目录管理要求,根据职责范围建设全省统一的药品、医疗服务项目、医用耗材等基本医保目录库,建立目录库与阳光挂网产品信息协同的动态更新机制。创新国家谈判药品供应保障方式,建立健全“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。规范中药饮片、民族药、医院制剂医保准入及管理,将符合条件的按程序及时纳入医保支付范围,促进医药产业创新发展。继续做好省级增补药品的消化退出工作,2022年实现基本医保用药范围基本统一。

专栏3 深化医保支付方式改革

推进按疾病诊断相关分组(DRG)付费和按病种分值(DIP)付费在省内各设区市全覆盖,到“十四五”期末,DRG/DIP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/DIP支付的统筹基金费用占住院统筹基金总费用的比例达到70%。

开展门诊支付方式改革,完善按人头、按APG、按病种、按项目点数、按床日等多种门诊付费方式,建立适应江苏经济发展的多元复合式门诊支付机制,按项目付费占比明显下降。

完善县域紧密型医疗共同体总额付费支付政策,探索符合中医药特点的医保支付方式,推动中医优势病种按病种付费。

(六)加快健全严密安全的基金监管体制机制。

加快推进基金监管制度体系改革,织密扎牢保障医保基金安全的防控机制,基本建成医保基金监管制度体系和执法体系,形成全方位监管格局。

1.建立健全基金监管法规制度。贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》,建立健全基金监督管理执法体制,加强医疗保障基金使用监督管理能力建设。健全医疗保障领域行政执法公示制度、执法全过程记录制度、重大执法决定法制审核制度。建立健全基金监督检查对象名录库和执法检查人员名录库,推行“双随机、一公开”监管。建立行政复议纠错和行政诉讼败诉案件责任追究机制。

2.建立健全基金监督检查制度。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。根据基金风险评估、举报投诉线索、医疗保障数据监控等因素,确定检查重点,组织开展专项检查。建立部门联动机制,开展联合检查。建立和完善政府购买服务制度,积极引导会计师事务所、商业保险机构等第三方机构和专业人员协助开展检查。

3.创新创建新型基金监管方式。全面推进智能监管,建成全省统一的医保基金智能监控系统,建立智能监控疑点处理上下交互机制。创新医保“互联网+监管”,推广视频监控、生物特征识别等新技术运用,实现对基金使用全方位、全流程、全环节智能监控。不断加强社会监督,建立医保基金社会监督员制度,鼓励和支持媒体监督,畅通社会监督渠道,推进医药机构和行业协会加强行业自律,规范医疗服务行为。

4.持续加大打击欺诈骗保力度。加强部门联合执法,建立行刑衔接机制和协同监管机制。坚持“零容忍”,综合运用协议、行政、司法等手段,严肃追究欺诈骗保单位和个人责任。建立健全线索移送机制,加大向纪检监察机关、公安等部门案件线索移送力度,对涉嫌犯罪的依纪依法处置,坚决打击欺诈骗保、危害参保群众权益的行为。健全医疗保障违法违规违约行为举报奖励制度。建立基金监管曝光台,公开曝光重大典型案例。

5.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

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4 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,全省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,全面普遍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”。建立健全全省执法人员名录库、检查对象名录库以及检查清单。

(七)深化药品、医用耗材招采制度改革。

健全完善药品、医用耗材阳光采购制度,深化集中带量采购制度改革,加强价格综合治理,健全药品、医用耗材价格形成机制,强化政策协同,进一步减轻人民群众医药费用负担。

1. 全面执行阳光采购制度。加强阳光采购制度建设,推进制度落地,实现所有公立医疗机构使用药品、医用耗材均在省平台阳光采购,做到应上尽上、应采尽采、公开议价、阳光交易。完善分类采购机制,推动阳光挂网采购、备案采购、集中带量采购系统集成改革。健全阳光议价采购运行机制,动态调整药品、医用耗材挂网价格。鼓励社会办医疗机构、药店参与阳光采购。发挥医保支付政策引导约束作用,将阳光采购情况纳入医保定点协议管理,引导医疗机构网上议价、阳光交易。

2. 深化药品、医用耗材集中带量采购制度改革。巩固扩大国家集中带量采购成果,推进国家组织集中带量采购成果落地。持续开展省级药品、医用耗材集中带量采购,完善“政府组织、联盟采购、平台操作、结果共享”工作机制,坚持临床优先、市场主导,以量换价、量价挂钩,不断扩大集中带量采购品种范围。加强集中带量采购成果落地监测,促进集中带量采购规范化、常态化、制度化。全面实施药品、医用耗材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。

3. 加强药品、医用耗材价格综合治理。坚持全省“一个平台”建设,优化省级阳光采购和综合监管平台招采和监管功能,实施阳光采购全流程闭环监督管理。推进国家医保药品、医用耗材编码在采购、使用、结算等环节的有效衔接和规范应用。建立药品、医用耗材价格信息共享机制,开展药品、医用耗材价格异常监测、分析、预警和处置。推进医保基金与集中带量医药企业直接结算。

(八)稳妥推进医疗服务价格改革。

深化医疗服务价格改革,建立合理补偿机制,稳定调价预期,确保群众负担总体稳定、医保基金可承受、公立医疗机构健康发展可持续,促进临床医疗服务有效供给和医疗新技术创新发展,保障人民群众获得高质量、有效率、能负担的医疗服务。

1. 规范管理医疗服务价格项目。建立目标导向的价格项目管理机制,使医疗服务价格项目更好计价、更好执行,更能适应临床诊疗和价格需要。完善项目编制规范,健全医疗服务价格项目进入和退出机制,加快审核新增医疗服务价格项目,推进医疗服务项目结构优化。建立医疗服务价格项目管理数据库,定期采集、分析、发布医疗服务价格、项目成本、费用控制等信息。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。

2. 建立价格动态调整机制。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。加强分类管理,管住管好普遍开展的通用项目价格基准,对于技术难度大的复杂项目更好体现技术劳务价值。建立医疗服务价格调整与药品医用耗材集中带量采购、医保支付政策的协同联动机制。

3. 探索医疗服务价格改革。鼓励有条件的地区开展医疗服务价格改革试点。构建权责清晰的医疗

服务价格分级管理体制。支持中医诊疗技术发展,将中医特色优势医疗服务项目按规定及时纳入医保支付范围,完善中医医疗服务分级定价政策,对特色优势明显、市场竞争充分、体现人力劳务技术价值的中医诊疗项目实行公立医疗机构自主定价。探索建立适应互联网医疗服务的价格政策和医保支付方式。

专栏5 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。

建立医药企业阳光采购诚信体系。包括建立信用评价目录清单,实行医药企业主动承诺,建立失信信息报告机制,制定医药企业信用评级标准和处置办法等。

阳光采购和综合监管平台建设项目。包括全省统一的药品、医用耗材、医疗机构、生产企业、配送企业基础数据库及管理系统;阳光采购资金结算信息监管系统;阳光采购分级监督管理系统。

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,建立全省统一的医疗服务项目数据库,定期采集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。

(九)助力深化医药服务供给侧改革。

坚持协商共治,完善医保、医疗、医药谈判机制,激发医药服务供给侧活力,助力优化医药服务资源配置。

1. 增强医药服务可及性。发挥医保基金的战略购买作用,促进医疗资源合理配置。完善区域医疗卫生规划,健全城市三级医院、县级医院和基层医疗卫生机构分工协作的现代医疗服务体系,支持整合型医疗服务体系建设,促进基层医疗机构发展和分级诊疗体系建设,加强首诊行为管理。促进定点医药机构行业行为规范、成本控制和行业自律,完善适应医保支付的医疗机构医保管理制度。扩大社会办医疗机构医保覆盖面,提升医疗资源有效供给。统筹加快补短板强弱项,支持儿科、老年医学、康复、护理、精神心理等学科发展。鼓励日间手术、多学科诊疗、无痛诊疗等医疗服务发展,提高门诊检查、门诊手术、门诊治疗保障水平。完善检查检验政策,推进医疗机构检查检验结果互认。支持远程提供医疗服务、互联网诊疗服务、上门提供医疗服务等新模式新业态有序发展,促进人工智能等新技术的合理运用。

2. 提高医药产品供应和安全保障能力。深化第二类医疗器械审评审批制度改革,推动医药产业各领域建设协同创新平台,完善省级中药材标准和中药饮片炮制规范,鼓励和支持创新药品、医疗器械的研发和应用。完善唯一标识政策,拓展医疗器械唯一标识在卫生、医保等领域的衔接应用。健全完善药品监管制度机制,科学有序实施监督检查,持续提升药品不良反应监测、药物滥用监测的有效性,建成药品生产监管信息系统,保证药品安全。健全短缺药品监测预警和分级应对体系,加大对原料药垄断等违法行为的执法力度,进一步做好短缺药品保供稳价。逐步建立中标生产企业应急储备、库存和产能报告制度,拓展供应渠道,保障集中采购药品供应,确保谈判药品落地。支持药店连锁化、专业化、数字化发展,更好发挥药店的独特优势和药师的作用。

3. 强化协商共治机制。探索形成医保利益相关方定期协商机制,建立健全医保经办机构、参保人代表、医院协会、医师协会、护理协会、药师协会、药品上市许可持有人、药品生产流通企业等参加的谈判程序。引导社会力量参与医保政策研究、医保服务满意度评价。开展区域协商共治理试点示范,促进医药领域各利益主体协同发展。

(十)加强医保精细化管理。

聚焦基金运行、协议管理、信用体系等领域,通过精准施策、精细推进、精确治理,不断提升医保管理的整体性、系统性、协同性、精准性,最大化体现医保基金投入产出效率,更好实现向管理要效益。

1. 加强基金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,统筹考虑人口结构、发病率、医疗费用等因素,科学编制医疗保障基金收支预算。加强预算执行监督,围绕基金收支政策效果、基金管理、精算平衡、地区结构、运行风险等全面实施预算绩效管理,强化绩效评估结果运用。建立健全严格的基金运行管理考核指标体系和激励约束机制,强化统筹区管理责任,全面开展基金运行评价。建立健全基金运行风险分级预警机制,强化重点地区基金可持续运行情况监测,推动化解基金运行风险

由主要依靠征缴收入增长向主要依靠基金使用质效提高转变。

2. 提升医保总额管理质效。统一规范全省总额管理,建立医保基金总额管理制度,推进地区总额预算与机构总额控制相结合,增强总额管理的科学性和公开透明度。完善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,科学编制总额预算。加强总额预算与医保支付方式改革、药品(医用耗材)招标采购政策相衔接,细化住院与门诊、统筹区内就医与转外就医等之间的分项预算编制。规范总额预算执行程序,加大信息公开力度,接受第三方和社会监督。建立健全总额管理与医疗质量、协议履行、绩效考核等结果相挂钩机制,医保基金预付及结算管理机制。

3. 严格规范协议管理执行。贯彻落实《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》,规范经办机构、医药机构与医保行政部门管理权责关系,严格“两定”机构准入、履行、退出机制。制定全省统一的定点医药机构协议管理细则,简化优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序,将更多符合条件的医药机构等纳入医保协议管理范围,加强事中、事后监管。建立健全跨区域异地就医协议管理机制,提升异地就医直接结算医保基金使用绩效。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,创新定点医药机构综合绩效考核评价机制,突出行为规范、服务质效和费用控制考核评价。

4. 强化医保信用管理。建立健全定点医药机构、人员等信用管理制度,全面实施医保医师积分管理,根据信用评价结果实施分级分类监督管理,依法依规实施守信激励和失信惩戒。依法开展定点医药机构信息强制披露,定期向社会公开医药费用、费用结构等信息。落实药品医用耗材生产流通企业信用承诺制度,开展医药价格和招采信用评价,将信用评价结果运用于药品和医用耗材阳光采购、集中带量采购工作。

(十一)大力推动医保信息化一体化建设。

适应医疗保障事业改革发展需要,遵循国家顶层设计,全面开展全省一体化医疗保障信息化建设,推动医保数字化转型,为新时代医疗保障事业高质量发展提供强有力的支撑。

1. 高标准建设江苏“智慧医保”工程。按照国家医疗保障信息化总体部署,推进国家医保信息平台在我省的落地应用,建成我省“标准规范统一、数据省级集中、系统两级部署”的“智慧医保”江苏工程,推进医保信息系统省级集中,形成全省一体化医疗保障信息化格局,实现服务人性化、管理精细化、监管智能化、决策科学化。

2. 支撑支持医保重点领域改革。构建全方位、全流程、全环节医保基金运行监测预警防控体系,打造智能监控全省“一张网”,实现监管对象全覆盖,实施事前提醒、事中监控、事后审核的全流程监管。完善省药品(医用耗材)阳光采购和综合监管平台,全面实现公立医疗机构实时联网,推进信息流、资金流、业务流整合。建设全省医保信息资源中心,建立医保药品、医用耗材、医疗服务项目等基础数据库并实施动态管理,有效支撑支付方式改革,为医疗服务价格管理、医保总额预算管理、以及集中带量采购医保资金结余留用政策落实等赋能。

3. 提高医疗保障公共服务信息化、智能化水平。应用人工智能、互联网等先进技术,面向全省医保服务对象,建立全渠道、线上线下一体化的医保公共服务信息平台。普遍推广使用医保电子凭证,融合“苏服码”应用,推进“一码通行”。强化移动端服务,持续优化“江苏医保云”平台,将服务功能全面延伸到医院和药店,提供就医购药、医保结算全流程线上服务,逐步推广先诊疗后付费,推进医疗电子票据应用。

4. 提升大数据支撑医保综合治理能力。推进医保数字化转型,强化数据存储、融合、管理能力,建立医保大数据平台,开展多元深度的医保大数据挖掘分析,为政策制定、精细化管理和公共服务提供有力支撑。依托全省一体化数据共享交换平台体系,加强部门数据有序共享,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,保护参保人员基本信息和数据安全。

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,确保全国统一的医疗保障管理标准化体系在我省落地。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6 江苏“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,建设智慧医保江苏平台。贯彻使用15项信息业务编码标准,高标准建成“标准规范统一、数据省级集中、平台两级部署、责任分级落实”的全省医疗保障信息平台,包括基于云计算技术的医保数据中心,以及公共服务、经办管理、智能监控、宏观决策四大类14个子系统建设等。

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,助推我省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,为全省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。

(十二)优化提升医疗保障公共服务。

完善公共服务制度,健全服务网络,持续创新服务方式,推进医保治理创新,为参保群众和单位提供更加便捷、优质、高效、精细的服务。

1.健全医保公共服务制度。坚持以规范化、标准化、信息化、一体化为核心的医保公共服务“四化”建设,不断优化全省统一的公共服务事项清单和办事指南,推广证明事项告知承诺制。开展以服务质量最优、所需材料最少、办理时间最短、办事流程最简为导向的“四最”服务,建立服务绩效评价体系,完善落实“好差评”制度,常态化开展第三方评价,健全监督问责机制。建设与12345热线相衔接、统一的医疗保障公共服务热线。

2.建设集成高效的服务网络。大力推进服务下沉,依托各级政务(便民)服务中心,全面建成省、市、县、乡镇(街道)、村(社区)五级联动、城乡一体、全面覆盖的服务网络。规范医保经办服务大厅和窗口建设,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。建设15分钟医保服务圈示范工程,选树医保经办服务窗口、“两定”机构和基层服务示范点,常态化开展业务技能练兵,实现医保服务延伸拓展和无缝衔接。

3.创新医保公共服务方式。探索医保结算服务新模式,利用医保电子凭证实现“实名+金融支付”功能,优化再造就医经办服务流程,开展诊间结算、床边结算、线上结算,鼓励有条件的地区探索建立慢性病互联网诊治服务模式。持续完善住院费用跨省直接结算,全面开展门诊费用跨省直接结算,实现省内零售药店医保购药直接结算,提高异地就医直接结算率,加强异地就医监管。坚持传统服务方式与新型服务方式并行,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。推进网上办事流程向提高适老性转变,支持老年人更多享受智能化成果,更好融入智能社会。

4.提升医保公共服务治理水平。推进医疗保障经办机构法人治理,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,探索建立医保公共服务竞争机制。满足不同年龄层次人群需求,适应人口流动的需要,建立线上线下公共服务融合发展模式,推进高频政务服务“跨市通办”“跨省联办”。

5.推进长三角医保公共服务便利共享。逐步统一长三角医保经办政务服务事项,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”。推广应用医保电子凭证,在长三角率先实现异地就医直接结算、经办服务“医保一码通”。探索开展长三角门诊大病(特殊病)、门诊慢性病异地直接结算试点,拓展异地结算服务范围。探索推进长三角区域药品、医用耗材联合采购。建立健全严密有力的长三角异地医保费用联审互查机制,强化区域联合监管。推进实施长三角统一的基本医疗保险政策,逐步统

—长三角地区医保药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施目录。

专栏7 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,推进全省医保经办机构名称、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。

建设全省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(12393)。

专栏8 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。

在全省建成40个县区级以上医保经办服务示范窗口,并重点向区县倾斜。

建设100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100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10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。建立规划的省级协调推进机制,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、税务、银保监、药品监管等部门按照职责分工抓好落实,合理推进规划实施。各地建立相应工作推进机制,结合实际制定本地区医疗保障发展规划或实施方案,形成全省医疗保障发展规划体系。积极融入长三角区域一体化发展战略,强化长三角地区医疗保障合作,加强对苏南、苏中、苏北不同地区的分类指导,统筹推进各区域医疗保障事业协调发展和良性互动。

(二)强化法治保障。全面推进法治医保建设。积极推进医疗保障领域地方立法。深化“放管服”改革,完善权责清单、执法事项清单、服务清单,全面推进权力公开透明运行。严格落实重大行政决策程序,加强行政规范性文件制定和监督管理。完善行政复议和行政诉讼工作制度。开展打击欺诈骗保“六进”普法宣传活动,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。建立可持续的医疗保障事业投入保障长效机制,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,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。加大医疗保障法律法规和政策措施宣传力度,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)强化监测评估。建立完善规范统计调查制度,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,强化目标指标、重点任务考核。加强年度事业发展计划编制工作,科学制定年度事业发展计划。开展规划动态监测、中期评估和总结评估,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。