



凝神聚力促发展 医疗保障惠民生



医保重点工作推进会议



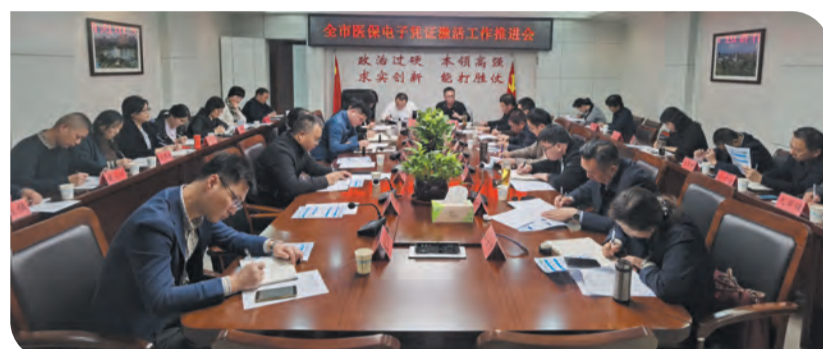
基金监管



城乡居民基本医疗保险基金筹集工作动员会



定点机构工作会议



医保电子凭证推进会

迈向新征程



市医疗保障局党组书记、局长 焦晓斌

2022年，市医疗保障局将对标“争当表率、争做示范、走在前列”的目标定位，进一步在完善体系、深化改革、加强监管、管理精细化、提升服务等方面持续发力，为推动全市医保事业高质量发展作出新的贡献。

健全多层次保障体系。一是持续提升全民参保质量，在基本实现全覆盖的基础上，进一步完善全民参保机制。依托大数据，实现精准参保，优化提升参保结构。二是优化待遇保障制度，稳步推进职工医保门诊共济保障机制，健全基本医保与补充医保有效衔接、互为补充的政策体系，提高重特大疾病和多样化医疗需求保障水平。三是巩固深化医保精准扶贫，建立救助对象精准识别和实时共享机制，健全重特大疾病医保和救助制度，增强大病保障能力。四是持续完善照护保障制度，强化对第三方社会力量在参与失能等级评估、提供照护、辅助器具服务等经办方面的监督。

推进供给侧改革。一是推进支付方式改革，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，实施住院费用按疾病诊断相关分组（DRG）点数法付费改革，稳妥推进县域紧密型医共体总额付费管理。二是落实招标采购改革。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。三是落实国家谈判药品“双通道”管理和部分药品单独支付机制，保障群众合理用药需求。四是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。

强化基金监督管理。一是完善医保监管机制，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，健全医保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。二是持续加大打击欺诈骗保力度。持续推进基金监管“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。三是创新基金监管方式，加快推进医保智能监控系统建设，挖掘和利用医保大数据，实现对基金使用全方位、全流程、全环节智能监控。畅通社会监督渠道，推进医药机构加强行业自律，规范医疗服务行为。

加强精细化管理。一是加强基金预算管理和风险预警，加强预算执行监督，健全严格的基金运行管理考核指标体系和激励约束机制。二是严格规范协议管理执行，完善两定机构协议管理，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。三是强化信用管理，健全定点医药机构、人员等信用管理制度，根据信用评价结果实施分级分类监管，依法依规实施守信激励和失信惩戒。

优化提升公共服务。一是优化基层服务网络建设。推进医保服务与基层治理深度融合，深入推进医保领域“放管服”改革，进一步做好乡镇医保经办服务赋权，打造高效便民的医保经办服务体系。二是加强服务标准化规范化建设，实施“一网通办”服务，推行证明事项告知承诺制，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。三是坚持传统服务方式与新型服务方式并行，持续推广医保电子凭证，扎实推进住院、门诊费用异地就医跨省直接结算业务。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。



条例新闻发布会



推进乡镇赋权工作



医保政策宣传



照护服务



优化医保公共服务

立足“更加公平” 完善多层次医保体系

参保实现全覆盖。持续推进全民参保计划，改进参保结构。2021年我市医保参保125.6万人，按第七次全国人口普查结果123.84万人计算，覆盖率达101.42%，基本实现了应保尽保。职工医保占参保总人数的参保率由年初的18.9%提高至25.44%。

待遇水平稳步提升。职工、居民医保政策范围内住院费用报销比例稳定在80%、71%。认真做好与基本医保相衔接的惠民商业补充医保（“医保南通保”）的宣传推广，积极构建多层次保障体系。截至2021年11月，“医保南通保”参保9.42万人，理赔772人次，计498.89万元。

医疗救助纾困解难。持续完善医疗救助“一站式”结算服务模式，充分发挥医疗救助便民救急作用，切实减轻困难群众

的医疗负担。目前我市建档立卡低收入人口30611人，参保率100%，困难群众政策范围内住院费用基金支付比例达83.57%。

照护保险成效显著。启动照护保险个性化服务，积极推进辅具服务工作，引入第三方开展照护保险社会化评定，实施“义工助照护 服务献爱心”项目，探索义工参与照护保险的服务新模式。照护定点服务机构实现14个乡镇全覆盖，为群众提供居家上门服务14.53万余人次，支付各项照护保险待遇5681.86万元。

构建疫情防控医保屏障。会同财政、卫健委等部门落实新冠疫苗经费保障工作，确保群众按计划免费接种新冠疫苗，及时拨付新冠病毒疫苗接种费用2050万元。

突出“更有效率” 促进重大改革落地

完善医保支付体系。推行“总额预算+点数奖励”，持续推进按病种付费支付方式改革，完善以价值为导向的医保支付方式机制。目前，我市按病种付费病种达423种，按病种付费的基金支出占住院统筹基金支出的38.2%，居南通领先水平。

推进药品医用耗材招采制度改革。全面推进网上应采尽采，满足群众个性化需求。其中，国家集中采购药六批次，省集中采购品种二批次，完成采购金额1520

万元，降低药品费用支出1600万元，与采购前药品价格相比，平均降价48.72%。

深化医疗服务价格管理。认真贯彻落实南通药品、耗材价格与供应异常变动监测制度，加强阳光采购监测分析，适时开展评估。对部分南通市定价的医疗服务项目、儿科项目、省调研项目等开展了四批次的调研，对16项试行的医疗服务项目开展医疗服务价格成本核算，为上级调整相关价格提供了事实依据。

聚焦“更加安全” 维护医保基金安全

强化医疗保障基金监管。以大数据为支撑，通过日常巡查、专项检查、飞行检查、部门联合检查等方式，建立快速稽核机制，持续保持医保基金监管的高压态势。依托医保智能监控系统，对频发、多发的违规行为和违规数据进行重点筛查，共实地稽查1285家次，查处投诉举报5例，发布典型案例13例，扣除违规费用和违约金合计近1300万元。

全面贯彻《医疗保障基金使用监督管理条例》。组织开展“打击欺诈骗保 维护医保基金安全”集中宣传月活动，分级分类组织开展对医保基金监管行政执法、经办机构人员和定点医药机构相关人员的全员培训。在基金监管执法主体、执法依

据、执法文书等环节主动进行探索，成立了案审领导小组，制定了《案件审理制度》、《重大行政执法案件法制审核制度》，积极推进依法行政工作。

完善部门联动机制。加大与公安、市场监管、卫健委、纪委监委等部门的沟通，推进医保协议管理与行政执法、刑事司法、纪检监察的有效衔接，建立“一案多查”的工作机制，形成监管合力。2021年向市场监管部门移交案件1例、向纪委监委移交3例、公安机关立案8例，开展“双随机 一公开”专项检查8家次。同时，健全基金监管诚信体系，认定一般失信行为8例，并向如皋市信用平台进行了推送。

紧扣“更加便捷” 提升医保优质服务

完善医疗保障经办模式。依托镇（区、街道）社保服务机构，构建乡镇基层医保服务平台，优化医保经办业务流程，有效推动医保服务向基层延伸，医保公共服务更加便民高效。积极推进“15分钟医保服务圈”示范点建设，建成省级“15分钟医保服务圈”示范点一个（九华镇）、南通市级“15分钟医保服务圈”示范点三个（东陈镇、江安镇、石庄镇），推进参保登记、异地就医备案等19项医保乡镇赋权工作，让群众办事更便利。在人民医院、中医院、第三人民医院、第四人民医院建立“共建驻点医保服务站”，实现医保经办服务“一站通办”，提升基层医保服务可及性。

推进医保信息化建设。认真做好医保业务事项标准化梳理，全面贯彻执行医保信息业务编码标准，确保15项国家信息业务编码标准在定点医药机构落地应用。2021年11月，我市医保系统成功上线国家医保信息平台。积极推广医保电子凭证，497家定点医药机构实现电子凭证扫

码结算脱卡支付，90余万人激活了医保电子凭证，初步实现“看病不带卡，只用医保码”。

提升异地就医直接结算水平。完善异地就医直接结算工作机制，推行异地就医经办服务规程，推进省内及长三角区域门诊特殊病、门诊慢性病、门诊统筹等“一单式”直接结算。持续推进异地就医门诊直接结算工作，简化备案手续，完成医保异地联网结算28.73万人次，计4.34亿元。

提高医保公共服务能力。推行医保经办政务服务事项清单和服务指南，努力实现“网上办”“自助办”“就近办”“一次办”，不断优化医保公共服务。推进“好差评”制度，健全医保服务差评和投诉问题核实、督促整改和反馈机制，常态化开展“公众开放日”活动，听取群众对医保服务的意见、建议。深化“异地就医一件事”“新生儿一件事”等“一件事”改革，推行综合柜员制，实现“一站式”“一窗式”服务。

如皋
两会策划

向人民汇报

一卷在手
读懂如皋

2021年如皋市医疗保障局始终坚持以人民为中心，以构建“健康如皋”为使命，着力构建“全覆盖、保基本、多层次、可持续”的医保体系，医保基金平稳运行。



融媒
特刊