

# 南京市人民政府办公厅文件

宁政办发〔2021〕64号

---

## 市政府办公厅关于印发《南京市“十四五” 医疗保障事业发展规划》的通知

各区人民政府，市府各委办局，市各直属单位：

《南京市“十四五”医疗保障事业发展规划》已经市政府同意，现印发给你们，请认真组织实施。

南京市人民政府办公厅

2021年11月24日

（此件公开发布）

# 南京市“十四五”医疗保障事业发展规划

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。为深入贯彻党中央关于全面建立中国特色医疗保障制度的决策部署，全面落实党中央、国务院和省委、省政府关于深化医疗保障制度改革的意见，进一步推动我市医疗保障事业高质量发展，助力全面建设人民满意的社会主义现代化典范城市，根据《“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》《南京市国民经济和社会发展的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、发展基础和机遇挑战

### （一）发展基础

“十三五”期间，南京医疗保障工作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、省关于医疗保障改革的决策部署，在市委、市政府的坚强领导下，初步建立起与经济社会发展水平相适应、覆盖城乡各类群体、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，为“十四五”时期我市医疗保障事业发展奠定了坚实基础。

机构改革开启新征程。2019年1月16日，南京市医疗保障局正式挂牌成立，有效整合城镇职工和城乡居民基本医疗保险、

生育保险、医用耗材采购、药品和医疗服务价格管理、医疗救助等职责，建立起集中统一的医疗保障管理体制，为医疗保障事业高质量发展提供了制度保障。

参保扩面实现新突破。“十三五”期间，南京市基本医疗保险参保人数从 499.11 万人上升至 797.35 万人，其中职工医保参保人数从 388.37 万人上升至 483.73 万人，居民医保参保人数从 110.74 万人上升至 313.62 万人。基本医疗保险参保率提升到 99% 以上，位居全省第一，基本实现应保尽保。

市级统筹达到新标准。在全省率先实现基本医疗保险和生育保险市级统筹，完成职工医保和生育保险合并运行，建立统一的城乡居民基本医疗保险和大病保险制度，实现基本政策、待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理、信息系统建设“六统一”，有效提升医保基金保障能力和抗风险能力。

医保待遇满足新期待。医保待遇逐步提高，职工医保、居民医保住院费用政策范围内报销比例稳定在 85% 和 70% 左右。加大大病保险保障力度，提高城乡居民大病保险支付比例，实行分段累计支付方式，职工和城乡居民大病保险报销比例分别达到 60—80%、60—70%，惠及近 5 万名参保人员。

医疗救助取得新成效。将全市各类救助对象纳入医疗救助范围，资助参加基本医疗保险。对救助对象实施大病保险倾斜政策，大病保险起付线降低 50%，报销比例提高 5 个百分点。全市近 14 万名救助对象全部纳入医疗救助结算平台，总救助额

约 3 亿元，医疗救助“一站式”结算服务稳步落实，救助水平全省领先。

医用耗材治理迈出新步伐。成立市医用耗材集中采购工作领导小组，强力推进医用耗材治理改革，探索开展多种形式的集中采购、价格谈判，谈判次数、方式和成效均居全国前列，医用耗材价格大幅下降，累计节约医疗费用 36 亿元。在全国率先建成并上线运行医用耗材阳光监管平台，实现“招标、采购、配送、使用、结算、支付”全流程闭环监管。

支付方式改革呈现新亮点。全面推行总额控制下的多元复合式医保支付方式改革，扎实开展日间手术按病种付费试点，持续扩大按病种付费范围至 234 种，在溧水区探索开展紧密型医共体总额付费试点，不断完善按床日付费机制，适时调整护理院、精神病院按床日付费标准，促进医药行业可持续发展。

基金监管再上新台阶。建立并完善医保智能监控平台，实现医疗保险医疗服务监控、基金运行分析、视频监控有机结合。持续开展打击欺诈骗保专项行动，实现定点医药机构检查覆盖率 100%，追回医保基金 23504.62 万元。

医保服务展现新风貌。两定机构不断增加，定点医疗机构增至 1810 家，定点零售药店增至 1951 家。简化办事流程，推进医保公共服务标准化。推进异地就医住院和门诊费用直接结算，实现长三角地区门诊“一单制”结算。异地就医定点医疗机构实现联网全覆盖，异地就医“不见面”备案覆盖率达 100%。

医保制度打赢新战“疫”。积极应对新冠肺炎疫情，率先出台支持抗疫十项措施。2020年，对47家开设发热门诊的定点医疗机构预拨周转金14.13亿元；2021年，对109家定点医疗机构拨付12.39亿元预付金，确保患者不因费用问题得不到及时救治，确保定点医疗机构不因医保总额预算管理规定影响救治。阶段性减征职工医疗保险单位缴费，惠及企业16万余家，为企业减负34.56亿元。

### 专栏1 “十三五”时期医疗保障发展主要目标完成情况

| 指标名称                       | 2016<br>年初  | “十三五”<br>规划目标 | “十三五”<br>完成情况 | 绝对<br>变化数 | 同比<br>增长 |
|----------------------------|-------------|---------------|---------------|-----------|----------|
| <b>一、基本医疗保险</b>            |             |               |               |           |          |
| 1. 基本医疗保险参保人数（万人）          | 499.11      | 752.36        | 797.35        | 298.24    | 59.8%    |
| 2. 基本医疗保险参保率（%）            | 98.31       | ≥98           | >99           | —         | —        |
| <b>二、城镇职工基本医疗保险（生育保险）</b>  |             |               |               |           |          |
| 3. 城镇职工基本医疗保险参保人数（万人）      | 388.37      | 460.55        | 483.73        | 95.36     | 24.6%    |
| 4. 城镇职工基本医疗保险基金收入（亿元）      | 156.44      | —             | 267.10        | 110.66    | 70.74%   |
| 5. 城镇职工基本医疗保险基金支出（亿元）      | 138.34      | —             | 223.41        | 85.07     | 61.5%    |
| 其中：统筹基金支出（亿元）              | 89.24       | —             | 147.94        | 58.7      | 65.8%    |
| 个人账户基金支出（亿元）               | 49.1        | —             | 75.47         | 26.37     | 53.7%    |
| 6. 城镇职工基本医疗保险基金累计结余（亿元）    | 166.46      | —             | 350.69        | 184.04    | 110.6%   |
| 其中：统筹基金结余（亿元）              | 65.43       | —             | 125.32        | 59.7      | 91.2%    |
| 个人账户基金结余（亿元）               | 101.03      | —             | 225.37        | 124.34    | 123.1%   |
| 7. 城镇职工基本医疗保险享受待遇人次（万人次）   | 4826.9<br>2 | —             | 6433.71       | 1606.79   | 33.3%    |
| 其中：普通门急诊人次（万人次）            | 3487.8<br>2 | —             | 3801.32       | 313.5     | 9.0%     |
| 门诊慢性病人次（万人次）               | 577.16      | —             | 709.06        | 131.9     | 22.9%    |
| 门诊特定项目人次（万人次）              | 92.43       | —             | 161.81        | 69.38     | 75.1%    |
| 住院人次（万人次）                  | 38.32       | —             | 64.88         | 26.56     | 69.3%    |
| 8. 城镇职工基本医疗保险参保人员医疗总费用（亿元） | 153.56      | —             | 252.72        | 99.16     | 64.6%    |

| 指标名称                             | 2016<br>年初             | “十三五”<br>规划目标 | “十三五”<br>完成情况 | 绝对<br>变化数 | 同比<br>增长 |
|----------------------------------|------------------------|---------------|---------------|-----------|----------|
| 其中：门诊费用（亿元）                      | 63.48                  | —             | 124.88        | 61.4      | 96.72%   |
| 住院费用（亿元）                         | 75.62                  | —             | 106.96        | 31.34     | 41.4%    |
| 个人账户药店支出费用（亿元）                   | 14.16                  | —             | 19.61         | 5.45      | 38.5%    |
| 9. 城镇职工基本医疗保险范围内住院费用基金支付比例（%）    | 83.4                   | —             | 89.02         | 5.62      | 6.7%     |
| 10. 生育保险参保人数（万人）                 | 245.73                 | —             | 323.21        | 77.48     | 31.5%    |
| <b>三、城乡居民基本医疗保险</b>              |                        |               |               |           |          |
| 11. 城乡居民基本医疗保险参保人数（万人）           | 110.74                 | 302.65        | 313.62        | 202.88    | 183.2%   |
| 12. 城乡居民基本医疗保险人均筹资额（元）           | 524                    | —             | 1400          | 876       | 167.1%   |
| 其中：人均财政补助（元）                     | 341                    | —             | 1100          | 759       | 222.6%   |
| 13. 城乡居民基本医疗保险参保人员医疗总费用（亿元）      | 10.22<br>(不含原<br>新农合)  | —             | 69.52         | 59.3      | 580.2%   |
| 14. 城乡居民基本医疗保险享受待遇人次（万人次）        | 172.91<br>(不含原<br>新农合) | —             | 1638.45       | 1465.54   | 847.6%   |
| 其中：门诊人次（万人次）                     | 160.83                 | —             | 1569.91       | 1409.08   | 876.1%   |
| 门诊大病人次（万人次）                      | 4.64                   | —             | 31.57         | 26.93     | 580.4%   |
| 住院人次（万人次）                        | 7.44                   | —             | 34.01         | 26.57     | 357.1%   |
| 15. 城乡居民基本医疗保险政策内住院医疗费用基金支付比例（%） | 73                     | —             | 73            | 0         | 0.0%     |
| 16. 城乡居民大病报销比例（%）                | —                      | —             | 63.5          | —         | —        |
| <b>四、经办服务</b>                    |                        |               |               |           |          |
| 17. 定点医疗机构（所）                    | 766                    | —             | 1810          | 1044      | 136.3%   |
| 其中：三级医疗机构（所）                     | 30                     | —             | 31            | 1         | 3.3%     |
| 二级医疗机构（所）                        | 78                     | —             | 81            | 3         | 3.8%     |
| 一级及以下医疗机构（所）                     | 658                    | —             | 1698          | 1040      | 158.1%   |
| 18. 定点零售药店（所）                    | 661                    | —             | 1951          | 1290      | 195.2%   |

## （二）机遇和挑战

“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。《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》等各项改革政策的出台，为南京“十四五”医疗保障事业发展规划提供了基本依据。《中共中央关于制定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的建议》提出“把保障人民健康放在优先发展的战略位置”“健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次社会保障体系”，为“十四五”时期医疗保障事业发展指明了方向、明确了任务，我市医疗保障事业发展迎来全新的机遇。

南京正在全面建设人民满意的社会主义现代化典范城市，城市吸引力不断提升，更多高精尖人才、外籍高层次人才相继涌入，人口总量增长、参保人数增加、社会财富持续积累，为南京医疗保障事业发展提供有力的人力资源和物质基础。南京在积极融入长三角区域一体化发展和引领南京都市圈发展的形势下，积极引进新投资、招来新项目，推动更多现代医药创新企业相继落户，更多企业、院校深化合作交流，推动医药产业不断优化升级，逐渐形成较为完善的医药产业体系，为医疗保障工作高质量发展带来了新机遇。与此同时，我市医疗保障事业发展的外部环境急剧变化，面临着诸多风险和挑战。

人口老龄化步入攻坚期。2015年至2019年，南京60岁及以上人口从130.94万人增加到153.72万人，占总人口比例上升到21.66%，进入“深度老龄化社会”。老年居民人均医疗费用

6382 元/年，是其他居民人均医疗费用的 4.72 倍，老年人群医疗费用支出占比较大、上涨速度较快，对医保基金的可持续发展构成挑战。

人类疾病谱面临新挑战。伴随工业化、城镇化进程的持续加快，我国疾病谱从传统的传染性疾病为主转变为以多种慢性病为主。部分恶性肿瘤、脑血管病、糖尿病等常见的慢性疾病发病率明显提高。南京门慢和门特患者已达到 102.49 万人，约占全部参保人员的 13%。全市门慢门特的门诊医疗费用占全部参保人员门诊医疗费用的 20.4%，慢性病已成为医疗费用支出的主要构成部分。

健康保障需求亟待新升级。我国经济已经由高速增长阶段转向高质量发展阶段。随着市民生活水平的不断提高，医疗技术的不断进步，新设备、新技术、新药品的创新发明，人们的健康期望不断提升，满足人民群众多样化、个性化与多层次的健康需求，对完善南京医疗保障体系建设提出了更高的要求。

## **二、总体思路 and 主要目标**

### **（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，深入贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中、六中全会精神，认真落实党中央、国务院和省、市重大决策部署，增强“争当表率、争做示范、走在前列”的自觉自信，以切实解决人民群众看病难、看病贵，构建高质量中国特色医疗保障制度为目标，



以优化基本医疗保险制度和促进多层次医疗保障体系加快发展为着力点，以深化医保支付方式改革提高基金使用效能为抓手，坚持问题导向和目标导向相统一，中长期目标和短期目标相贯通，全面规划和突出重点相协调，聚焦突出问题和明显短板，进一步提升南京首位度，为“强富美高”新南京建设贡献医保力量。

## （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，完善党领导医疗保障发展的体制机制，立足新发展阶段，贯彻新发展理念，助力构建新发展格局，为实现医疗保障高质量发展提供根本保证。

坚持以人民为中心。把保障人民健康放在优先发展的战略位置，深入推进“健康南京”建设，实施更系统、更高效、更优质的医疗保障，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。依法推进基本医疗保险覆盖全民，坚持普惠公平、互助共济、权责相当，提高基金使用质效，既尽力而为，又量力而行，持续推动制度规范统一，强化制度公平，增强对困难群众基础性、兜底性保障。

坚持改革创新、系统集成。坚持系统思维，强化政策集成，统筹推进存量调整和增量优化，推进精细化管理和服务提升，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、共治共享。坚持政府、市场、社会协同发力，发挥多方主体力量，建设多层次医疗保障体系，强化医疗、医药、医保“三医”协商共治，构建共建共治共享医保治理格局。

### （三）主要目标

“十四五”时期南京医疗保障事业的主要目标是，基本完成筹资运行、待遇保障、医保支付、基金监管等重要机制建设，重点聚焦医药服务供给、医保管理服务等关键领域改革，着力完善医保经办管理、公共事务服务等治理体系建设，实现“全民医保”、打造“幸福医保”、推行“便捷医保”、启动“智慧医保”、建设“法治医保”、发展“协同医保”，使医疗保障制度更加成熟定型。

——实现“全民医保”。多措并举，切实推进医保护面工作。根据本地区常住人口、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护面目标。职工医保以本地区劳动就业人口为参保护面目标，居民医保以本地区非就业居民为参保护面对象，进一步落实居住证参保政策，提升基本医疗保险覆盖率。优化参保结构，推动职工医保参保人数和参保质量优化提升。完善参保缴费政策，优化参保缴费服务，积极引导灵活就业人员、个体工商户等按规定参加职工医保。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，发挥兜底作用，防止群众因病返贫。基本建成

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、医疗互助共同发展的多层次医疗保障体系。

——打造“幸福医保”。完善基本医疗保险制度，维持公平适度的待遇保障水平。逐步健全门诊共济保障机制，由病种保障向费用保障过渡。完善医疗救助体系，确保应保尽保、应救尽救，探索构建救助对象由绝对贫困向相对贫困转变的医疗救助长效机制。稳步适度提高职工医保、居民医保待遇保障水平，不断提升大病保险报销比例。建立健全失能人员照护保险制度，为失能人员提供基本生活照料和与生活密切相关的基本医疗护理，解决失能人员照护难题。优化医保基金结余率管理，保持适度合理的医保基金结余水平，保障基金安全。提高职工医保统筹基金备付水平，增强基金支撑能力和运行效率。

——推行“便捷医保”。提升基层医保经办服务水平，细化“我为群众办实事”具体举措，高质量建设“15分钟医保服务圈”省级、市级示范点。利用信息化手段，开发手机移动端APP，为群众提供医保业务网上办、手机查询、信用支付等功能。做好各类人群参保和医保关系跨地区转移接续，实施公共应急和传染病联防联控，支持影像资料、检验报告互认，全面优化异地就医服务，简化备案流程，提高异地直接结算的便捷度。推进医疗资源互补、医保信息互通、医保标准互认、业务经办互认、监管检查联合，为长三角地区群众提供优质医疗服务资源，

助力长三角一体化进程。

——启动“智慧医保”。完善医保协议管理，创新医保支付方式。科学合理编制医保基金收支预算，创新总额付费机制，支持“互联网+医疗”等新服务模式发展；完善“互联网+”医疗服务医保支付政策，推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，探索推进按疾病诊断相关分组（DRG）付费工作，充分发挥大数据与医保信息化建设在医保支付方式改革中的重要作用。探索开展诊间支付结算，提升病患就医效率。丰富基金监管方式，维护医保基金安全。稳步推进监管制度体系改革，落实构建全领域、全流程的基金安全防控机制。依托大数据监管，积极探索医保信用管理新模式，开展多形式检查，基本形成完备严密的基金监管体系。加速医保信息化建设，打造医保综合管理平台，发挥大数据、云计算等信息技术对医保综合管理的支撑作用。推进15项医保信息业务编码标准贯彻执行工作，建立全市统一的医保信息平台，全面推广应用医保电子凭证，构建全方位、立体化的智慧医保公共服务体系。

——建设“法治医保”。全面推进法治医保建设。深入贯彻落实《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《医疗保障基金使用监督管理条例》《基本医疗保险用药管理暂行办法》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》《医疗保障行政处罚程序暂行规定》。结合《医疗保障法（征求意见稿）》精神，加快市级层面医疗保

障立法，拟订出台《南京市医疗保障办法》。深化“放管服”改革，全面推进权力公开透明运行。规范行政执法行为，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。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。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。加强执法人员培训，提升执法人员专业素养和行政执法能力。

——发展“协同医保”。推动医保体制改革、卫生体制改革与医药流通体制改革联动，发挥“三医”组合效能，开启协同医保时代，建立医保新生态。从医保角度加强对定点医疗机构医疗服务行为的管理，强化对定点零售药店售卖、服务行为的监督。强化医用耗材（药品）供应服务企业协议管理，确保生产（配送）企业保质保量生产供应医用耗材、药品。推进医用耗材治理，探索医保支付与带量采购联动，促进带量采购非中选产品梯度降价。加强医疗服务项目价格与医用耗材带量采购、医保支付政策协同联动，按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”原则，建立服务价格动态调整机制。发挥医保基金战略购买作用，在全市范围内推进医保基金与医药生产（流通）企业直接结算。引导、鼓励生产企业树立资源节约意识。

### **三、重点任务和主要措施**

全面贯彻落实党中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的总体要求，破除制约高质量发展、高能级辐射、高品质生活、

高效能治理的体制机制障碍，深入践行建设高品质生活的幸福宜居城市和高效能治理的安全韧性城市要求，立足南京实际情况，全力推进十项重点工作，推动医疗保障事业实现更高质量发展，不断增强人民群众在共建共享发展中的获得感、幸福感、安全感。

### （一）健全稳定可持续的筹资运行机制

合理筹资、稳健运行是医疗保障制度可持续的基本保证。提升医保参保和基金使用质量，建立与实际情况相适应、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，加强基金运行管理，加强风险预警。

1. 强化扩面征缴责任，逐步优化参保结构。按照应参尽参、依法参保的要求，推进在宁部省属企事业单位按属地化管理原则参加职工医保。坚持全面覆盖、分类完善，逐步提高职工基本医疗保险参保人数和参保结构占比，完善参保缴费政策，积极探索灵活就业人员参保模式，重点解决好以互联网为平台的各种新业态从业人员参保问题。改善参保缴费服务，加强部门间数据共享交换机制，加强人员信息比对和共享，核实断保、停保人员情况，精准锁定未参保人群，减少重复参保缴费，做好跨地区和跨制度参保的转移接续和待遇衔接。

2. 健全筹资分担机制，实行费率动态调整。按照国家政策要求，优化职工医保筹资结构，健全职工医保基准费率制度，规范缴费基数政策，实行职工医保费率动态调整机制。稳步提

高居民医保财政补助标准，适度增加个人缴费，建立缴费水平与经济社会发展水平和居民人均可支配收入相挂钩的动态调整机制，财政补助和个人缴费的比例维持在合理水平。全面落实资助救助对象参保缴费政策，加强财政对医疗救助投入，拓宽医疗救助筹资渠道。落实职工医保个人账户改革，探索通过减少统筹基金划入在职职工个人账户的比例、固化退休人员个人账户划拨金额等方式，逐步降低个人账户基金占比，提高医保基金互助共济能力。

3. 加强收支预算管理，确保基金运行稳健。科学编制医保基金收支预算，构建长效收支平衡机制。建立基金收支预算系统，落实基金预算监管工作。加强基金中长期精算，健全基金运行风险评估和预警机制，提高基金运行监测评估专业化能力。全面实施预算绩效管理，构建医保基金绩效评价体系，推进评价结果与预算安排挂钩。

## 专栏 2 提升全民医保质量水平

实施全民参保计划扩面专项行动。深入贯彻落实党的十九大关于“全面实施全民参保计划”的工作要求，坚持分类施策、创新引领和协同共享的基本原则，通过互联网、大数据应用等技术手段形成推动参保扩面合力。实现基本医疗保险参保人数达到 900 万人，参保率稳定在 99%以上；职工基本医疗保险参保人数占比达到 60%以上。

实施参保结构优化提升项目。确保应保未保人员全部参保，重点关注农业人口和新就业形态下灵活就业人员等参保，优化参保缴费服务，提升医保参保质量。

确保医保基金运行总体安全平稳，职工医保统筹基金备付水平提升至 10 个月。

## （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。基本医保待遇要坚持“以收定支、合理分布、收支平衡、略有结余”的基本原则，根据经济发展水平和基金承受能力稳步提高待遇水平。坚持尽力而为、量力而为，构建基本医疗保险、大病保险和医疗救助、商业健康保险、社会慈善捐赠等衔接配合的多层次医疗保障体系。

4. 完善基本医保制度，增进制度公平性。改进个人账户制度，完善职工门诊共济保障机制，将门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围，提高参保人员门诊待遇。巩固住院保障能力，提高职工医保、居民医保政策范围内住院医疗费用基金支付比例。落实医保待遇清单管理制度，进一步规范医保待遇政策，坚持待遇平稳过渡，确保改革前后政策衔接。深化医疗卫生体制改革，科学合理确定医保报销比例，处理好门诊统筹、住院统筹和各级医疗机构之间的衔接。探索建立科学合理的基本医疗保险“三个目录”动态调整机制，动态调整医保范围内药品、诊疗项目、医用耗材支付政策，健全医保准入和退出机制。推动健全医保谈判药品“双通道”用药保障机制，保障参保患者医保待遇。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。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。落实特殊群体、特定疾病医药费豁免制度。统筹医疗保障基金和公共



卫生资金使用，提高对基层医疗机构的支付比例。

5. 提升大病保险待遇，减轻困难群众负担。完善和规范城镇职工和城乡居民大病保险、职工大额医疗费用补助及企业补充医疗保险制度。建立科学合理的待遇动态调整机制，根据上一年度城乡居民人均可支配收入，建立与医保筹资相适应的待遇标准。全面提升困难人群大病保险待遇，针对性提高大病保险保障水平，切实减轻困难人群重特大疾病高额医疗费用负担。

6. 健全医疗救助制度，发挥兜底保障作用。准确把握医疗救助工作职能定位，加强部门协同，健全救助对象及时精准识别机制，科学确定救助范围。按照对象人群，实施分类、分档、梯度救助，充分发挥兜底保障功能。积极争取加大财政投入，对特殊困难人群进一步加大倾斜救助力度，切实减轻困难群体医疗费用负担。拓宽救助资金筹资渠道，扩大重特大疾病医疗救助费用报销范围，探索医疗保险范围之外的自理费用救助政策。进一步完善医疗救助相关机制，坚持基本制度、落实基本政策、规范基本标准，促进制度衔接，形成工作合力，最大限度减少因病致贫、返贫现象。

7. 积极开展医商合作，满足多元保障需求。鼓励商业健康保险产品创新，丰富商业健康保险优质服务供给，充分释放商业保险消费潜力，激发商业保险社会需求。引入竞争机制，支持有资质的商业保险机构参与医保服务和医保控费，推动完善多层次医疗保障服务体系。

8. 积极动员社会力量，支持医疗互助发展。动员社会力量，充分发挥工会、共青团、妇联等群团组织在动员群众中的作用，鼓励社会慈善捐赠。统筹调动慈善医疗救助力量，摸排救助对象，扩大慈善救助覆盖面，支持医疗互助有序发展。

### 专栏 3 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，促进各类医疗保障互补衔接。

增强基本医疗保险保障功能。到 2025 年，职工医保门诊政策范围内报销比例提升到 50%以上，住院政策范围内报销比例稳定在 85%左右；居民医保住院政策范围内报销比例稳定在 70%左右。

提高大病保险保障能力。到 2025 年，城乡居民大病保险报销比例提升至 63%。

夯实医疗救助托底保障功能。到 2025 年，城乡居民基本医疗保险困难人员参保率 100%。符合条件的各类救助对象参加城乡居民医保个人缴费部分 100%全额资助。困难人员大病保险起付标准比普通参保患者降低 50%，各费用段报销比例相应提高 5%。重点救助对象符合规定的住院医疗费用救助比例达到 70%。

大力发展商业补充医疗保险。扩大覆盖面，丰富产品供给，实现与基本医疗保险有效衔接互补。

鼓励社会慈善捐赠，统筹调动慈善医疗救助力量，共同关爱和帮扶罕见病患者。

### （三）建立管用高效的医保支付机制

聚焦临床需要、合理诊治、技术适宜，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，健全符合中医药特色的医保支付方式，着力保障医院和医保的可持续运行，确保医疗机构良性运行、医保基金可承受、群众负担总体不增加。

9. 规范总额预算管理，提升预算管控能力。科学制定总额预算办法，完善总额预算测算指标，建立科学的动态调整机制，保证参保人员基本医疗权益和医保制度可持续发展。发挥医保支付杠杆作用，将国谈药、国家和省市集中采购药品、医用耗材采购执行情况与年度基金结算挂钩，引导医疗机构和医务人员合理诊疗、合理用药。创新总额付费新机制，推进紧密型医共体医保总额付费，建立健全医保部门与医疗机构之间平等协商的谈判机制，发挥医保对医疗资源配置的作用。健全“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗模式，总额控制指标向基层医疗机构适当倾斜。

10. 创新医保协议管理，促进公立医院改革。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。支持“互联网+医疗”等新服务模式发展，将更多符合条件的医药机构纳入医保协议管理范围。推进医保精细化管理，创新定点医药机构综合绩效考核办法，将行为规范、服务质量、费用控制和阳光招采等纳入考核评价体系，完善定点医药机构退出机制。

11. 深化支付方式改革，实现医疗费用精准管理。全面开展按疾病诊断相关分组（DRG）付费工作，逐步建立以保证质量、控制成本、规范治疗、提高医务人员积极性为核心的 DRG 付费和监管机制，制定 DRG 结算办法。探索建立客观的量化考核与绩效评价体系，进行医疗机构诊疗成本与疗效测量评价，

加强不同医疗机构同一病种组间的横向比较，利用评价结果完善医保付费机制，促进医疗机构绩效提升、费用控制。结合开展 DRG 付费方式改革试点，整合中医优势病种按单病种付费工作，科学测算确定中医病种分组以及医保支付标准。

### 专栏 4 深化医保支付方式改革

规范医保基金支付管理，细化多元付费方式。

全面推进按疾病诊断相关分组（DRG）付费改革工作，2021 年度全市二级及以上定点医疗机构参改率达 100%；2022 年度，实现按照疾病诊断相关分组（DRG）实际付费；2025 年度，实行按疾病诊断相关分组付费和按病种付费的住院费用占全部住院费用的 70%。

开展医保支付方式改革绩效和价值评估。

#### （四）健全严密有力的基金监管机制

贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，持续保持打击欺诈骗保高压态势，开展基金监管源头治理，多管齐下堵住医保基金漏洞，筑牢医保基金安全防线。强化医疗保障政策宣传培训，开展医保基金监管集中宣传月活动，营造浓厚宣传氛围。推进医疗机构使用医保基金行为负面清单制度，梳理总结医保领域违规违纪行为多发易发风险点。

12. 完善基金监管机制，明确主体监管责任。坚持党的领导，不断完善医保基金监管党建工作领导体制和工作机制，督促医疗保障部门、定点医疗机构切实加强基层党组织建设。强化政府主导，压实医疗保障部门基金监管责任，切实发挥监管作用。建立由医疗保障部门牵头、有关部门参加的基金监管工

作机制，统筹协调基金监管重大行动、重大案件查处等工作。积极开展与商业保险机构的合作，引入第三方机构参与基金监管，探索建立第三方机构驻院巡查制度，提高监管的专业性、精准性、效益性。充分发挥社会监督员作用，营造全民参与打击欺诈骗保良好氛围。推进行业组织自律，发挥定点医药机构自我管理主体责任，规范医药服务行为，自觉接受医保监管和社会监督，引导依法、合理使用医保基金。

13. 建立信用监管制度，严守基金安全红线。贯彻落实定点医药机构信息报告制度，医药机构、医保医师和参保人员医保信用记录，信用评价制度和积分管理制度。实施定点医药机构综合绩效考评机制，将信用评价结果、综合绩效考评结果与预算管理、检查稽核、定点协议管理等相关联。加强和规范医疗保障领域守信联合激励对象和失信联合惩戒对象名单管理工作，依法依规实施守信联合激励和失信联合惩戒。鼓励行业协会开展行业规范和自律建设，制定并落实自律公约，促进行业规范和自我约束。

14. 实行监督检查制度，多措并举严查违规。推行“双随机、一公开”监管机制，建立健全基金监管检查对象名录库、执法检查人员名录库以及检查清单。建立和完善日常巡查、专项检查、重点检查、专家审查等相结合的多形式检查制度。创新基金监管方式，完善智能监控规则，提升智能监控功能，加强互联网和大数据等技术在医保基金监管中的应用。加强监管

队伍建设和能力提升，建设市、区两级基金监管队伍，充实相关专业人员，全面提升基金监管的法治化、规范化、专业化水平。建立和完善部门联动机制，会同卫生健康、中医药、市场监督管理、财政、公安等部门开展联合检查，建立沟通协调、案件移送等机制，形成监管合力。

### 专栏 5 开展基金监管项目治理

实施专项整治行动。整合各方资源，集中专门力量，创新工作方式，逐一排查辖区内定点医药机构违约违规违法行为，到 2025 年，对全市所有定点医药机构现场检查覆盖率达到 100%。

实施打击欺诈骗保专项治理行动。坚决打击欺诈骗保行为，形成打击欺诈骗保高压态势，确保欺诈骗保案件线索办结率达到 100%，欺诈骗保案件做到件件有结果。

### （五）协同推进医药服务供给侧改革

进一步降低药品和医用耗材价格，完善改革措施，逐步建立以市场为主导的药品和医用耗材价格形成机制。按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则，积极稳妥推进医疗服务价格改革，促进医疗、医保、医药三医联动，切实解决好群众看病就医问题，推动医药行业健康发展。

15. 推进医用耗材（药品）治理，净化招采市场环境。全面落实国家、省、市组织医用耗材（药品）集中带量采购中选结果。持续开展医用耗材集中带量采购，深入推进医用耗材治理。动态监测全市医用耗材使用情况，定期发布医用耗材价格监测指数，加强执行情况监测分析，督促医疗机构按时完成带

量采购任务。探索建立医保支付标准与集中采购价格协同机制，减轻群众就医负担，节约医保基金支出。加快货款结付，提升医保基金使用效率，实现医药企业与医保基金直接结算。完善阳光采购制度，定期组织开展价格谈判工作，推动定点医疗机构医用耗材（药品）线上采购，实现公开交易、应采尽采。深化医用耗材阳光监管平台内涵，拓展延伸各板块业务功能，加强对医用耗材和药品的招、采、配、用、管环节的全方位监管。到 2025 年，医药企业与医保基金直接结算率达到 50%，公立定点医疗机构医用耗材（药品）网上采购率达到 98%。

16. 规范价格动态调整，加强服务价格监测。根据经济社会发展和医疗服务价格成本构成，重点研究医务人员技术劳务价值变化情况，优化结构，探索建立反映医疗机构收入结构和医疗服务成本变化的医疗服务价格动态调整机制。分批、分类调整医疗服务价格，理顺医疗服务比价关系，促进医疗机构发展可持续，确保医保基金可承受、群众负担总体不增加。建立运行医疗服务价格监测点，开展价格信息监测。

17. 支持生物医药发展，开通进院使用通道。常态化开展生物医药创新产品申报审核工作，对评审通过的生物医药创新产品，开通采购目录通道，制定医保支付支持政策，予以带量推广，推动创新药品、医用耗材（含检验检测试剂）进入定点医疗机构使用。建立生物医药创新产品使用情况考核机制，动态追踪并分析采购结算、供货配送、市场占有率变化情况，考

核结果与定点医疗机构基金支付适当挂钩。搭建企业、医疗机构交流平台，推动企业创新和产品优化升级。

18. 支持耗材展馆建设，打造耗材治理高地。持续发挥政策引领作用，与浦口区政府合作，打造全国首家医用耗材国际博览馆，探索形成有时代特色的医用耗材治理改革试验田，助力耗材产业升级。推进医用耗材国际博览馆运行，建成有强大集聚力的医用耗材产业高地，展示国际耗材前沿成果及国内耗材创新产品。建成医用耗材集中采购谈判基地，实施封闭式管理和实时监控，具备承担大型医用耗材价格谈判任务的能力。建成医保系统培训基地，结合南京生物医药谷等多种要素开展教育活动和培训工作，承担各式医保业务培训。建成医药行业行风教育基地，以全面从严治党为主题，聚焦廉政反腐，展示医用耗材治理改革历程，通报医用耗材领域重大腐败案件，打造面向全市医保系统人员、医药工作人员、生产企业人员的廉政警示和行风教育基地。

## 专栏 6 深化医用耗材（药品）治理改革

全面落实国家、省、市组织医用耗材（药品）集中带量采购中选结果。

探索建立医保支付标准与集中采购价格协同机制，加快货款结付，提升医保基金使用效能，实现医药企业与医保基金直接结算。到 2025 年，医药企业与医保基金直接结算率达到 50%。

完善阳光采购制度，定期组织开展价格谈判工作，推动定点医疗机构使用医用耗材（药品）线上采购。到 2025 年，公立定点医疗机构医用耗材（药品）网上采购率达到 98%。

深化南京医用耗材阳光监管平台内涵，拓展延伸各板块业务功能。



## （六）建立医用防疫物资储备机制

按照市政府“集中管理、统一调拨、平时服务、灾时应急、采储结合、节约高效”的原则，健全应急物资保障体系，提高应对突发公共卫生事件的水平和能力，保障公共卫生安全，维护社会稳定。

19. 强化应急储备管理，落实常态储备机制。协同相关部门，完善医用耗材（药品）储备办法，形成年度物资储备计划。采取实物储备、协议储备的方式，区分重点生产企业、中央储备库（南京医药股份有限公司）和医疗机构储备任务，联合落实防疫物资常态储备。

20. 开展动态运行监测，保障医用物资供应。针对医用防护用品、药品、检测试剂等重要医疗物资，运用招标采购平台，建立动态监测体系。协同卫健部门，指导储备库、医疗机构建立完善轮换机制，常态组织用旧存新轮换，确保储备量动态平衡、储备物资性能良好，医用物资储备量至少保证 1 个月的使用时间。

21. 多方联动协调服务，合理分配防疫物资。与本地生产企业建立沟通协调机制，发挥南京医用耗材（药品）招采结算系统采购调配作用，将符合资质的低值医用耗材及检验检测试剂优先纳入采购目录，鼓励医疗机构采购使用。运用大数据、人工智能、云计算等数字技术，依托南京医用耗材阳光监管平台，实体化开展医用防疫物资采购调配，探索运用“大数据+市

场+计划”的手段支撑防疫物资调度，科学开展防疫物资信息共享和供需匹配，向各定点医疗机构精准调度防疫物资。

### 专栏 7 实施医用防疫物资储备监测

落实医用物资常态储备机制。协同卫健等部门，完善医用耗材（药品）储备办法，形成年度物资储备计划。采取实物储备、协议储备的方式，联合落实防疫物资常态储备。

开展动态运行监测。运用招标采购平台，建立动态监测体系，确保医用物资储备量至少保证 1 个月的使用时间。

多方联动，合理分配物资。依托南京医用耗材阳光监管平台，科学开展防疫物资信息共享和供需匹配，向各定点医疗机构精准调度防疫物资。

### （七）优化医疗保障公共管理服务

以精准化、精细化为服务目标，推进建立垂直管理的行政体制和统一规范的经办体系；以加快完善医保服务治理体系建设为落脚点，全面落实医保经办政务服务事项清单，加快推进“互联网+政务服务”工作，持续深化医疗保障领域“放管服”改革。

22. 完善经办管理政策，提升经办服务效能。坚持人民健康优先发展战略，贴近群众需求，提供更加连续、更加精准、更加周到的人性化服务。完善市级医疗保障经办服务事项清单，及时优化业务管理流程和内控制度，实现公共服务事项“简化快捷办”。根据全省统一的医保公共服务标准和规范，全方位落实统一的公共服务术语、文书和表单。推进各级经办场所（窗口）实现统一规划与设置，实现公共服务“合规合标办”。依托

江苏省公共服务云平台、“我的南京”APP等开通公共服务和信息查询等基本医保服务，全面整合医保医疗各方信息资源，拓展人性化、个性化医疗健康信息服务，实现公共服务事项“不见面一网通办”。

23. 加强医保行风建设，打造优质服务窗口。建立上下贯通、运行高效的基层医保经办服务体系，着力构建市、区、街道（乡镇）、社区（村）四级经办服务网络，形成规范、完备、高效、便民的经办服务体系。加强经办服务队伍建设，不断充实医保公共服务队伍，组织开展干部能力提升教育培训，打造与新时代医疗保障公共服务要求相适应的专业队伍。强化经办服务督查考核，落实公共服务“好差评”制度，通过行风监督员评价、群众满意度测评等方式，定期开展“优质服务窗口”动态评估。落实医保公共服务负面清单，针对医保经办服务高发、易发的问题进行风险排查，对触犯负面清单的行为进行严肃处理。坚持传统服务方式与智能化服务创新并行，为老年人等群体畅通代办渠道，优化完善无障碍设施，开辟绿色通道，提供更多的适老化智能产品和服务，使老年群体充分享受智能化服务带来的便利。

## 专栏 8 优化医疗保障公共管理服务

完善经办管理政策。根据全省统一的医保公共服务标准和规范，落实统一的公共服务术语、文书、表单。推进各级经办场所（窗口）实现统一规划与设置，实现

公共服务“合规合标办”。

加强行风建设。强化经办服务督查考核，落实公共服务“好差评”制度，通过行风监督员评价、办事群众满意度测评等方式，定期开展“优质服务窗口”动态评估。

坚持传统服务方式与智能化服务创新并行。到 2025 年，医疗保障政务服务事项线上可办率达到 80%。开辟绿色通道，提供更多适老化智能产品和服务。

## （八）提升医养融合水平

结合地方实际，积极探索具有南京特色的医养融合模式，统筹各方资源，建立部门协作机制，全面落实医养融合工作重点任务，推动以医养融合为主的新型养老事业的发展，满足日益增长的医养融合服务需求。

24. 破解养老照护困局，满足失能人员需求。积极应对人口老龄化，建立健全失能人员照护保险制度，职工医保、居民医保参保人员为失能保险参保对象。参保人员因年老、疾病、伤残等导致长期失能，经评估符合重度失能等级标准，需要长期照护的，享受失能人员照护保险待遇。发挥统筹协调作用，建立健全失能人员照护保险服务项目清单，会同其他职能部门协同推进项目清单落实。全面推进失能人员照护统一需求评估体系建设，实施统一的失能评估标准，完善老年人精准照护机制，保障有需要的老年人应护尽护。打造智慧健康养老服务网络，建立失能老年人数据库，为老年人健康管理提供真实准确的数据支撑。

25. 创新养老服务方式，增加养老服务供给。支持家庭病

床服务，探索将脑血管意外瘫痪康复期、恶性肿瘤晚期、骨折牵引需卧床治疗的、符合住院条件的 70 周岁以上等需要长期医疗护理依赖人员纳入服务范围，鼓励开展家庭医生签约服务，不断提高家庭病床待遇，满足老年人迫切的康复、护理等健康服务需求。支持社区嵌入式养老服务机构发展，支持各类医养结合机构接收经济困难的高龄失能老人和计划生育特殊家庭老人；健全特困人员护理制度，提升特困人员供养服务机构护理能力和服务水平，到 2022 年底，争取每个区至少建有 1 所失能、部分失能特困人员专业照护为主的供养服务设施。支持住院医疗护理的持续稳定发展，加强居家护理、社区护理与住院医疗护理的协调机制建设，为入住在机构护理床位的参保人员提供专业化的医疗护理服务。

### 专栏 9 健全完善失能人员照护保险制度

建立健全失能人员照护保险服务项目清单，推进项目清单落实。

结合省内失能人员照护保险试点工作，全面推进老年照护统一需求评估体系建设，实施统一的失能评估标准，完善老年人精准照护机制，保障有需要的老年人应护尽护。到 2025 年，失能人员照护保险覆盖率达到 100%。

打造智慧健康养老服务网络，建立失能老年人数据库，为老年人健康管理提供真实准确的数据支撑。

### （九）深化信息化体系建设

按照国家、省医疗保障信息化建设部署要求，创新理念，拓宽应用场景，高标准、高水平建设全省领先、全国一流的“南

京医保智慧大脑”。以大数据为核心驱动，完成与国家、省医疗保障信息平台联通对接，以云计算、大数据、区块链技术为引领，构建医保信息平台服务中枢、协同中枢、用户中心，实现医保大服务、大经办、大治理、大协作体系建设，为医疗保障管理现代化、监控智能化、服务人性化、决策科学化提供强有力的信息化支撑，让群众切实感受到创新发展带来的“红利”，树立群众满意的医疗保障公共服务新形象。

26. 推动编码标准落地，加快科技融合应用。按照国家、省部署要求，统一业务编码标准、技术标识、技术框架、技术规范等，建立统一、高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息系统，加强数据有序共享。建立业务编码标准化应用工作机制，开展与国家 15 项医疗保障信息业务编码标准化对接。强化网络和信息安全管理，规范数据管理和应用权限，健全网络和信息安全管理标准体系，加大依法管理网络和保护个人信息的力度，加强关键信息系统和信息基础设施安全保障，完善网络治理体系。

27. 建设综合管理平台，增强医保监管能力。建设南京医保综合管理平台，以标准化为导向，聚焦主要发展指标，在对指标数据整理、分析、提炼的基础上，将宏观感知、微观把握相结合，进行集成整合，以静态或动态数据呈现出医保运行环境、运行状态、监管状况和特色业务情况，研判运行风险，提出应对决策，不断提升综合监管、公共服务和科学管理能力。

将管理平台终端向医院、医生、供应企业和基层分局，以及卫健、财政、审计、纪检监察机构延伸，拓展手机平台功能，形成医保智慧管理网络。

28. 完善智慧医保建设，拓宽经办服务渠道。推动“江苏医保云”“我的南京”APP以及省市两级公共服务平台应用，依托医保公共服务信息化支撑体系，通过移动端建设、网上办事大厅建设、自助服务建设，满足线上线下一体化要求，推动医保服务从人工到智能的转变。全面推进医保电子凭证认证激活工作，实现互联网医保服务无卡办理、医保电子凭证普遍应用，参保人凭借电子凭证在线实现医保业务办理、医保账户查询、就诊购药、异地就医办理、医保关系转移接续等服务。深入开展“互联网+”医保服务，拓宽异地就医备案渠道，实现异地就医服务掌上办。探索开展医保诊间支付结算，实现诊间结算系统三级定点医疗机构应用覆盖率 100%，有效简化就医付费环节，提高门诊结算效率，优化诊疗秩序，切实提升群众就医获得感和满意度。

### 专栏 10 建设“南京医保智慧大脑”工程

推动编码标准落地。按照国家、省部署要求，统一业务编码标准、技术标识、技术框架、技术规范等，开展与国家 15 项医疗保障信息业务编码标准化对接。

建设医保综合管理平台。以标准化为导向，聚焦主要发展指标，研判运行风险，提出应对决策，不断提升综合监管、公共服务和科学管理能力。

完善智慧医保建设。建设南京医疗保障信息平台。推动“江苏医保云”和“我的南京”APP、省市两级公共服务平台应用，推进医保电子凭证认证激活工作，实现互联网医保服务无卡办理。到2025年，医保电子凭证普遍应用。

## （十）深化长三角一体化建设

按照习近平总书记“要推进实施统一的基本医疗保险政策”的要求，根据《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》，以满足人民群众医疗需求为导向，以改革创新为动力，以开放带动为途径，以综合医院和特色专科建设为载体，做好医疗资源整合，不断健全医保共建共享机制，使南京人民在医疗保障领域有更多获得感，努力建设和谐幸福都市圈。

29. 积极探索目录互认，做好医保互联互通。加强沟通交流，参与各地协作机制，逐步实现药品、诊疗项目及医疗服务设施目录的统一。打破区域壁垒，推动信息系统一体化建设，完善数据接口规范，实现数据共享，加快推进长三角地区医保合作高质量一体化发展。

30. 探索就医政策协同，加强区域协作管理。根据国家、省要求，梳理南京门诊政策和保障水平、方式，逐步统一门慢、门特，形成最大合集，逐步建立门诊统筹制度。梳理城镇职工和城乡居民医保大病保险和职工补充医疗保险大病政策，逐步统一医保大病政策。提高长三角区域人民群众医保服务便利性，积极探索建立跨区域医保管理协作机制，实现跨省异地医保基金联审互查，努力推动相关城市组建联盟，开展带量采购谈判，



共享医用耗材（药品）谈判成果，扩大降价效应。加强对长三角区域异地就医费用全领域、全方位、全过程的监管，维护三省一市基金使用安全。

31. 优化费用结算服务，推进医保共建共享。积极适应人口流动需要，做好各类人群医保关系跨地区转移接续，加快完善异地就医直接结算服务。简化备案流程，加强备案管理，提高备案效率，着力满足外出务工人员、外来就业创业人员等人群的需求，实现异地就医“不见面”备案覆盖率达到 100%。依托国家异地就医管理系统，积极推进长三角地区医保电子凭证应用推广工作，同步推进自助开通异地就医结算服务和凭医保电子凭证实现就医、购药等便捷服务。稳步推进三省一市参保人员异地就医脱卡直接结算，实现异地就医普通门诊、门诊特殊项目（门诊大病）、门诊慢性病、药店购药和住院费用的直接结算。

### 专栏 11 深化医保长三角一体化建设

推动医保目录互认。根据国家、省要求，对三省一市现行药品、诊疗项目及医疗服务设施项目目录进行系统摸排调研，了解现状和差异，加强沟通交流，逐步实现药品、诊疗项目及医疗服务设施项目目录的统一。

探索建立跨区域医保管理协作机制。

优化费用结算服务。依托国家异地就医管理系统，推进三省一市参保人员异地就医脱卡直接结算。到 2025 年，实现异地就医普通门诊、门诊特殊项目（门诊大病）、门诊慢性病、药店购药和住院费用的直接结算。异地就医门诊直接结算率达到 90%以上。

住院费用跨省直接结算率达到 70%以上。

## 四、综合保障

（一）强化组织领导。坚持党建引领，建立健全部门协同机制，加强医保、医疗、医药制度政策的统筹协调和综合配套，提高医疗保障改革协同推进效能。完善督查考核和问责制度，强化规划组织实施，调动一切积极因素，创造必要的条件和良好环境，解决医保制度改革发展的重大问题、难点问题、长期问题和热点问题，努力完成规划确定的目标任务。

（二）强化体制建设。推进建立垂直管理的行政体制，构建统一的医疗保障经办管理体制，实现市、区、街道（乡镇）、社区（村）全覆盖。理顺行政、经办业务关系。建立医保基金行政监管和经办协议管理相衔接机制。

（三）强化财政投入。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。鼓励引导社会资本参与项目建设，推进多方筹措资金支持规划项目，保障重大政策和重点项目的顺利实施。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。

（四）强化队伍建设。结合医疗保障发展目标和要求，推进人才数量、素质、结构调整，优化完善人才竞争机制和环境，鼓励优秀人才脱颖而出。加强作风建设，强化工作执行力，提升服务水平，健全人才成长机制，打造忠诚担当、服务为民、作风优良、清正廉洁的医疗保障工作队伍，为推动医保事业更

好发展提供人才支撑。

（五）强化宣传引导。坚持正确政治导向，创新宣传形式，拓展宣传渠道，做好医疗保障政策的宣传解读，引导群众关心支持医保工作，参与规划的实施和监督。强化舆情监测和应对，及时回应社会关切，合理引导群众预期，积极营造有利于规划实施的舆论氛围。

---

抄送：市委各部门，市人大常委会办公厅，市政协办公厅，市法院，  
市检察院，南京警备区。

---

南京市人民政府办公厅

2021 年 11 月 24 日印发

---