

党的十八大以来，南通医疗保障事业落实中共中央、国务院深化医保改革指导意见，坚持以人民健康为中心，在突破中提速、在改革中深化、在创新中发展——

筑牢医疗保障 守护百姓健康

2019年1月，市医疗保障局组建后，承前启后持续推动医保改革走向纵深，以“覆盖全民”“城乡统筹”“保障适度”“公平可及”理念构建了新发展格局，治理体系、治理能力和人民群众的幸福指数显著提升，铿锵迈向高质量、有效率、能负担、可持续的发展新征程。



重大改革蹄疾步稳 政策供给显著提升

为打破医保制度壁垒，立足市级统筹，2015年9月1日，市政府出台《南通市职工医疗保险办法》《南通市居民基本医疗保险办法》，明确2016年1月1日起施行。2016年1月起，全市设市本级、各县（市）、通州区7个统筹区，全面建立了统一的职工医疗保险制度，同时，新型农村合作医疗制度与居民医疗保险制度整合并轨，并与大病医疗保险和医疗救助相衔接，建立起了全市统一、城乡一体的居民医疗保险制度。

2017年10月24日，《南通市职工生育保险办法》出台，我市职工生育保险从2018年1月1日起，在全省率先实现市级统筹，生育保险基金实现统收统支。

2019年11月18日，市政府出台《南通市基本医疗保险市级统筹实施方案》，从2020年1月1日起，我市在全省率先实施基本政策、待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理、信息系统“六统一”的基本医疗保险市级统筹制度。同时，生育保险和职工医保合并实施，实现参保同步登记、基金合并运行、征缴管理一致、监督管理统一、经办服务一体化。

截至2021年12月，全市城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险参保人数分别为252.40万人、482.71万人、153.11万人，基本医保参保覆盖率达98%以上。至此，我市医疗、生育保险进入新时代。

单位：万人

年度	职工参保人数	居民参保人数	生育参保人数
2012年	161.97	87.11	91.05
2013年	169.92	88.67	98.43
2014年	176.71	89.39	102.31
2015年	183	89.47	107.15
2016年	187.92	217.35	109.67
2017年	200.17	521.76	113.94
2018年	210.63	506.8	117.75
2019年	226.08	496.9	133.36
2020年	238.83	489.87	147.1
2021年	252.4	482.71	156.02

（2016年居民开始加新农合）

照护保险国家试点 示范效应显著提升

2015年9月30日，市政府出台《关于建立基本照护保险制度的意见（试行）》，将照护保险作为独立的社会保险“第六险”正式列入我市社会保障制度体系，2016年6月，南通被确定为全国照护保险制度首批试点城市。

2019年，照护保险制度在南通的覆盖范围，从城市扩大到农村、从市区扩大到全市，实现城乡全覆盖；保障人群从重度失能扩大到中度失能，从失能扩大到失智，形成了集机构照护、居家服务、照护补助、辅具支持、预防管控“五位一体”的照护保险“南通模式”。

经过多年探索，我市基本建立起了长期照护保险制度体系、服务体系和监管体系，闯出了长期照护保险一片天，为全国推行这项制度提供了可借鉴、可复制、可推广的实践经验。试点6年来，全市累计享受待遇7.5万人，居家上门服务300万人次，失能人员及其家庭的获得感和幸福感明显提升。

我市长期照护保险的实施，有效拉动了养老服务产业的发展，全市新增各类定点照护服务机构超350家，投资总额近30亿元，从业人员达到1.2万人。



异地就医全国联网 直接结算率显著提升

2016年，全面推进医保经办系统整合并轨工作，我市实现信息系统的统一，全市医保“一网通办”、医保“一卡通刷”。

2017年4月，我市首批接入国家跨省异地就医平台，实现住院费用跨省双向直接刷卡结算。2018年8月，作为江苏省首批三个试点城市之一，我市实现与上海市双向门诊费用直接刷卡结算。2021年7月，实现省内异地双向定点零售药店购药直接刷卡结算，并与全国所有省份、420个统筹地区所有参保人群门诊、住院、药店购药的异地就医直接刷卡结算，门诊直接结算率由95%提高到98%。

目前，全市541家定点医疗机构、2744家定点零售药店纳入异地就医联网结算，2012年到2021年10年间，我市参保人员异地就医刷卡结算215.48万人次，发生费用162.91亿元；异地参保人员在我市异地就医刷卡45.22万人次，发生费用12.83亿元。

三重待遇制度保障 幸福指数显著提升

经过近10年的持续改革、完善优化，全市已形成了门诊（慢特病、门诊统筹、门诊“两病”用药保障）、基本医疗（含大额医疗救助、大病保险、补充保险、医疗救助等互为补充、相互衔接、梯次减负的三重待遇综合保障制度。2021年，职工、居民医保住院范围内报销比例稳定在85%、70%左右。

2021年，我市创新推出与基本医保相衔接的商业健康保险——“医保南通保”，破解老年人、既往症病人无商业保险可投的窘境，减轻了重特大疾病家庭的医疗负担，进一步夯实多层次医疗保障制度体系。

助力乡村振兴战略，精准实施医保扶贫。2020年8月，南通在全省率先实现医疗救助市级统筹，将最低生活保障家庭成员等10类人群全部纳入医疗救助对象范围，给予托底保障，并创新建立动态预警监测机制，定期将年度内个人负担较重的人员信息转介给相关部门，实现“政策精准找人”。仅2019年至2021年，全市就有54.72万名参加居民医保和照护保险的个人缴费由政府全额资助，实现困难群体“应保尽保”。对于医疗救助对象，在大病保险和照

护保险待遇上给予倾斜，10年间，全市有827.18万人享受到医疗救助，把习近平总书记“共同富裕路上一个也不能掉队”的要求落到实处。

落实“六稳”“六保”，2020年1月新冠疫情发生以来，连续7次降低核酸检测价格，单人单检价格由120元降至20元，混检降至4元/人次，并免收单纯核酸检测挂号费。两年多来累计上解新冠疫苗专项资金8.91亿元，累计支付全市疫苗接种费用1.72亿元。

综合改革支付方式 基金效能显著提升

从2013年到2020年，我市全面推行总额控制下的医保支付方式改革。2021年，我市成为DRG改革省级试点城市，在全市49家二级及以上综合医疗机构试点推行DRG点数法付费改革；全市按病种付费病种数达419个，按病种付费基金支出占住院基金总支出稳定在30%左右；畅通“国谈药”双通道，将193个新增药品纳入我市医保支付范围，2020年至2021年，全市“双通道”单独支付管理药品增至94个，支付药品费用9.84亿元，基金实际报销比例达70%以上，惠及57万人次。目前，我市已构建起了以总额控制+点数奖励、按病种结算、按床日付费、按人头付费的“复合式”结算体系机制。

2019年7月，我市先行先试，开辟全国医用耗材改革“试验田”，率先探索开展医用耗材集中带量采购价格谈判。到2022年，全市已落实国家、省8批次300多品种药品，11批次27个品种医用耗材集采，累计节约采购资金约22亿元。推进公立医疗机构药品医用耗材阳光采购，引导医疗机构自主选择质优、价宜的药品耗材，全市二级及以上公立医疗机构药品网采率达97%以上，耗材网采率达95%以上。构建医保支付、费用控制、收入结构变化相衔接的联动调整机制，2019年以来，调整市级权限医疗服务项目价格237项，年调增医疗服务收入约8000万元，调整频次、规模均居全省前列。

全面推进“放管服” 服务能力显著提升

以2019年7月南通医保APP正式上线为标志，全市医保经办服务逐步迈向智能化，形成“互联网+医保服务+医疗服务”经办服务新模式，将网上办理事系统、网格服务系统、移动申办系统、信息交流系统、智能监控系统“五大系统”网联乡镇（街道）、村（社区）服务平台、各类学校、驻医院医保服务站，实现“服务不间断，全年不打烊”医保24小时大经办、深服务线上线下服务新体系，“医保24小时”服务品牌获全国医保系统优质服务典型案例。

2020年，全市建立了统一的经办服务事项清单制度，在省32项清单基础上，统一新增照护保险等特有服务7项，探索外伤医疗费用报销等5项事项承诺备案办，将异地就医（转诊）、新生儿出生等6项事项纳入“一件事”，实现四大类32项经办业务“全市通办”。全面推行“综合柜员制”，构建了“一门引导、一窗受理、一站服务、一次办结”的集成服务新模式，全省率先实施“好差评”制度；建设“医保15分钟服务圈”，延伸服务窗口缩短服务半径，建成省级示范点3个、市级示范点20个、医院医保服务站32家、基层服务点7个。

伟大的时代，“十年磨一剑”共筑民生幸福之基，我市医疗保障制度一体化、待遇均等化、服务同城化的梦想变成了现实。

·耿晨 何家玉·



照护保险国家试点，市民在机构享受照护服务。

