



# 数说南通市医疗保障局5周年工作

## 推进全民参保,形成多层次体系

### ● 基本医疗保险 覆盖全市**721.14**万参保群众

2020年,全省率先实施基本医疗保险市级统筹制度,基本形成以基本医疗保险为主体,医疗救助为托底,补充医疗保险、商业健康保险等共同发展的多层次医疗保障体系。

### ● **10.03**万名失能人员 享受照护待遇

从国家首批长期护理保险试点城市起步,我市长护保险制度从城市逐步扩大到农村,将重度失能逐步扩展到中度失能人员、从失能人员逐步扩展到失智人员,从待遇保障逐步延伸至失能预防,成为标准体系健全、政策体系成熟、管理体系完善、运行体系规范的社会保险的“第六险”。

累计为全市**10.03**万名失能人员减轻家庭护理负担**22.77**亿元,有效促进了养老服务及健康相关产业的发展,社会投资总额**30**亿元。

### ● 享受门诊共济待遇**131**万人

2023年1月起,我市正式实施门诊共济制度,通过调整职工个人账户划入方式,拓展普通门诊统筹待遇服务,将药店纳入门诊统筹,享受门诊共济待遇131万人;将个人账户使用范围由本人拓展至配偶、父母、子女,最大限度提高医保基金使用效率,体现基本医疗保险互助互济的本质。

目前,我市家庭共济个人账户累计绑定授权**23.31**万人,通过家庭共济个人账户为家庭成员缴纳2024年度城乡居民基本医疗保险共**7.33**万人。

#### 全市基本医疗保险参保

**721.14**万人

职工医保参保人数  
占比提高

**5.79%**

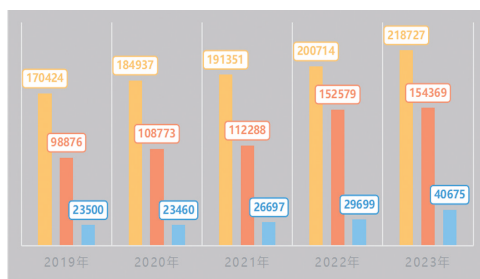


### ● 医疗救助补助支出**14.4**亿元

2020年,推进实现医疗救助制度统一,实现全市范围内救助范围、救助标准、经办管理、定点管理和信息系统的“五统一”,建立监测预警机制,强化部门间数据协同,实现“政策精准找人”,推动医疗救助对象类别、资助参保和救助待遇应纳尽纳、应保尽保、应救尽救。

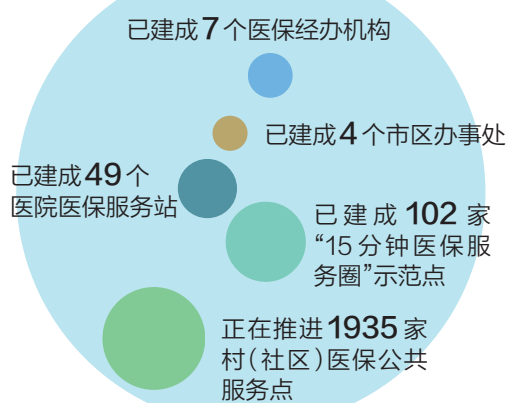
5年来,全市资助参保96.61万人次,享受医疗救助待遇62.69万人次,医疗救助补助支出14.4亿元。对经三重制度综合保障后政策范围内个人负担仍然较重的,再给予倾斜救助。

#### ■ 资助参保 ■ 救助待遇人数 ■ 救助支出



## 构建服务型医保体系,打造“大监管”格局

### ● **2097**个服务圈站点线上线下全覆盖



### ● 出台支持生物医药产业和服务经济社会发展“**双十条**”举措

全省率先探索出台支持生物医药产业和服务经济社会发展“双十条”举措,编制《南通市地产品、医用器械产品目录》,积极支持生物医药产业创新发展。2023年举办两届三医协同“医·药好通”展示交流会,默克制药、艾力斯等生物医药企业多项产品进目录、扩范围,爱鹏医疗器械等企业12项地产品成功挂网。

积极构建“四级医保经办服务体系”,搭建起市、县、乡镇(街道)、村(社区)四级医保政务服务“纵到底”、第三方经办力量“横到边”、村(社区)干部“落到点”的立体化、多层次、纵横交错的医保经办服务网络,打造群众“家门口”的医保便民服务。

全面推进“医保24小时”“医保暖心365”服务品牌建设,在全市区域内实施“一窗通办”、实行“一套标准”;将实体经办大厅一体化同步接入国家医保信息平台,全面实现“一套系统”通办,100%实现“全程网办”;上线医保便民服务“三张图”,提供通用检索、查位置、查药品、查事项等四大类服务。

### ● 追回违规使用医保基金**4.45**亿元

推动形成行政检查、专项治理、日常监管、智能监控、社会监督等常态化的“五位一体”监管体系,建成国家医保智能监控优秀示范点,监管经验做法写入国家医保基金监管蓝皮书,守好群众“救命钱”。

5年来,压实基金监管责任,持续保持打击欺诈骗保的高压态势。

全市共追回医保基金**4.45**亿元

暂停定点医药机构服务**593**家,解除协议**45**家

移交司法、纪检涉及定点医药机构**240**家、个人**319**人

发放举报奖励金额**17.69**万元,主动曝光案例**2450**例

2019年1月16日,南通市医疗保障局正式挂牌成立,五载栉风沐雨,一路踔厉奋发。

5年来,市医疗保障局坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指引,坚决落实市委、市政府和国家、省医疗保障局决策部署,始终牢记嘱托、感恩奋进,坚持“党建+业务”“党建+服务”“党建+队伍”融合,充分发挥医保基金战略购买作用,不断织密参保网络、优化参保待遇、深化医保改革、打击欺诈骗保,参保群众“看病钱”“救命钱”使用更加合理高效,在缓解群众看病难看病贵、支持医药卫生事业发展、维护社会和谐稳定、推动实现共同富裕等方面发挥了重要作用。

## 深化医保改革,助推医、保、患三方共赢

### ● 国谈药使用超**7000**万人次

国家医疗保障局成立以来,药品目录历经6轮调整,累计新增药品744个,其中谈判新增446个,覆盖目录全部31个治疗领域。现行版医保药品目录总数达到3088种,其中西药1698种、中成药1390种。5年新增618种药品,品种已涵盖临床治疗所有领域,广大参保患者临床用药保障需求得到了更好满足。

国谈药使用严格落实谈判药品“双通道”等一系列政策,以59家国谈定点医院和201家国谈定点零售药店为载体,狠抓国谈药品的落地和配备使用,历次国谈药品平均降幅在60%左右,极大减轻了患者负担。5年来,全市参保人员累计使用国谈药品7495万人次,涉及费用超124亿元,其中“双通道”单独支付药品在定点医院门诊和定点零售药店惠及参保患者87.71万人次,基金支出19.72亿元。

### ● DRG付费平均个人负担费用同比下降**16%**

2019年,我市开始推行以按病种收付费为主的多元复合式医保支付方式,先后筛选出441个病种,并不断优化病种结构和价格标准,建立了单病种调整补偿机制,扩大按病种付费覆盖面。

2021年,DRG支付方式改革起步,进入实际付费两年来,医保基金使用效能、医疗机构管理效率和服务质量都得到了有效提升。

◇ 实行DRG付费试点医疗机构住院总费用同比下降	<b>↓2.10%</b>
◇ 平均住院费用同比下降	<b>↓2.70%</b>
◇ 平均个人负担同比下降	<b>↓16.00%</b>
◇ 平均住院日同比下降	<b>↓2.81%</b>

### ● 落地集采节约医疗费用约**36**亿元

2019年,全国率先启动  
髓内钉和止血材料2大类18个品种的集中带量采购

平均降幅超**45%**  
年节约医疗费用**4500**万元

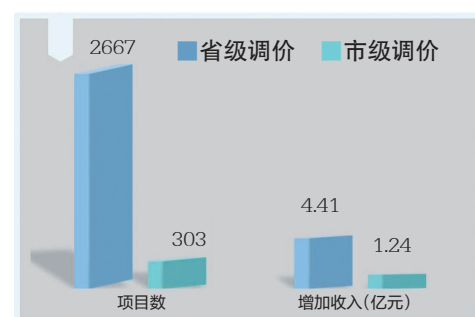
目前,已推动64批次集中带量采购药品耗材落地  
充分释放集采红利,降低群众药耗负担  
促进医保基金的使用更加合理

累计节约医疗费用**36**亿元

拨付8批次集采结余留用资金  
调动了医疗机构参与集采改革的积极性

累计拨付**8136**万元

### ● 动态调整医疗服务项目价格**20**次



5年来,市医疗保障局积极构建医保支付、费用控制、收入结构变化相衔接的价格联动调整机制,落实省级调价政策合计14次、2667项,年调增医疗服务收入4.41亿元;开展市定价医疗服务项目价格调整6次、303项,年调增医疗服务收入1.24亿元,促进医疗收入结构性调整,助推医疗机构高质量发展。

