

聚焦难点 把医保惠民落实落细

周 英

2019年是全省医疗保障事业在新时代新起点上开局起步的第一年。医疗保障部门坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，聚焦“看病难”“看病贵”问题，攻坚克难、勇于创新，推动重点改革取得突破，推进健全完善制度、规范耗材招采、打击欺诈骗保、实施医保扶贫等各项重点工作，办好民生实事，不断增强人民群众的获得感幸福感安全感。

健全完善制度，让群众公平享有医疗保障

坚持着眼长远，聚焦解决制度碎片化、不规范、不平衡问题，健全完善一系列重要医疗保障制度，不断增强制度公平性、统一性和规范性。

推进医疗保险和生育保险市级统筹。为有效解决统筹层次过低带来的政策碎片化、基金风险大、公共服务不统一等矛盾问题，在全省建立了基本医疗保险和生育保险市级统筹制度。从2020年1月1日起，全面推进实施基本政策、待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理、信息系统“六统一”的基本医疗保险和生育保险市级统筹制度，在增强医疗保障制度公平性、提升基金抗风险能力上迈出了关键步伐，为推进群众公平就医、平等享受医疗资源打下坚实基础。

实施城乡统一的大病保险制度。制定出台《建立和完善统一的城乡居民大病保险制度的指导意见》，在设区市范围内实现覆盖范围、筹资政策、保障范围、待遇水平、招标投标管理、资金管理、合同管理及经办服务“八统一”，将最低支付比例由50%以上提高到60%以上，合规医疗费用越高支付比例越高，不设最高支付限额，进一步减轻大病患者个人医疗费用负担，防止因病致贫、因病返贫。

建立城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制。制定城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的实施方案，明确政策范围内统筹基金支付比例要达到50%以上，统筹基金最高支付限额原则上不低于800元；同时患有“两病”的参保患者，最高支付限额适当增加，在全国处于较高水平，可惠及全省约300万患者。

全面推进抗癌药政策落地。及时推进国家新一轮谈判的17种抗癌药落地，创新实施“双通道三定点”管理，今年以来医保基金支付391亿元，受益人数6.23万人次，平均实际报销比例达61.7%，帮助群众用得起、用上了更多救命救急的好药。

推进重点改革，切实降低群众医药费用负担

坚持系统性思维，积极发挥医保引领性、基础性作用，全面深化医保重点领域改革，创造性地制定出台多项政策举措，努力为人民群众提供更合理的优质医疗服务。

率先开展高值医用耗材联盟带量采购。虚高的医用耗材价格是导致看病贵的重要原因之一。由于高值医用耗材分类和编码不统一，缺少权威质量评价体系，没有现成经验可供借鉴，成为医药招采改革领域“最难啃的骨头”。面对这一顽瘴痼疾，通过“省级组织、联盟采购、平台操作、结果共享”的方式，先后聚焦心脏支架、起搏器、冠脉球囊、人工晶体、人工髋关节等5类高值医用耗材的381个品种，率先在全国开

展两轮联盟带量采购，全省参与联盟采购公立医院超过100家，单个品种最大降幅为81%，预计全年可节约资金9亿元，人民群众相关费用负担大幅下降。

推进“4+7”药品招采扩围落地。按照国家“4+7”药品招采试点改革工作的总体安排和时间进度，细化实施方案，抓好贯彻落实。试点扩大区域范围工作全面推开后，我省25种药品价格将大幅下降，平均降幅约为59%，将极大降低相关群众就医负担。

深化医保支付方式改革。坚持以试点为抓手，完善医保支付政策设计，结合医保基金预算管理，指导各地合理确定定点医疗机构总额控制指标，发布各设区市按病种付费目录，发挥医保支付引导和约束作用，推动医疗机构降低医疗服务成本，减轻患者就医负担。目前，全省所有统筹地区全面实现了医保总额控制，实施总额控制定点医疗机构的统筹基金支出占统筹基金总支出的比例达到86%。

打击欺诈骗保，有力维护医保基金安全

坚持按照堵漏洞、强监管、重惩处、严震慑的要求，组织开展“医保基金监管年”活动，打击欺诈骗保，绝不让医保基金变为“唐僧肉”。

持续加大打击欺诈骗保力度。组织开展基金监管年活动，建立飞行检查工作机制，会同公安、卫健、药监等四部门成立省级督查组，飞行检查定点二级及以上医药机构39家。开展打击欺诈骗保专项治理，实现定点医药机构现场检查全覆盖，追回医保基金和违约金2.6亿元，守好老百姓的“救命钱”“保命钱”。

建立健全基金监管制度机制。制定出台《欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法》《欺诈骗保举报线索处理暂行办法》，先后奖励举报人24名，兑现奖金2.42万元，推动全社会共同维护7800万参保人的基金安全。着手制定医保“两定”机构失信行为惩戒办法，促进行业自律，着力构建不敢违、不愿违、不能违的社会环境，推进基金监管制度体系建设。

优化医保公共服务，群众获得感不断提升

牢固树立以人为本的工作理念，饱含真心真情为群众提供优质、高效、便捷的医保公共服务。

全省异地就医门诊与沪浙实现持卡直接结算。顺应长三角一体化国家战略，更好促进人员等要素流动，6月末全省75个统筹区全部实现与上海异地就医门诊直接结算，11月末实现与浙江部分地区门诊直接结算；开通长三角门诊医疗机构2545家，占长三角开通定点医疗机构总数的64.94%，有效满足了异地就医人员的门诊需求，从一个重要方面让长三角一体化发展为群众带来切切实惠。

跨省异地就医服务更加优化。医院联网更加广泛，全省所有统筹区县级医院全部纳入异地就医联网范围，目前跨省联网定点机构数量达3264家，数量居全国第一；登记备案更加便捷，各市均可通过手机APP、微信公众号、门户网站、自助一体机等方式实现“不见面”备案；服务更加标准规范，统一全省异地就医直接结算经办服务规程，进一步规范参保人员异地就医相关待遇标准，明确异地就医待遇政策；零星报销更加规范，明确公示手工报销所需材料，取消不必要的证明材料。今年以来，全省实现双向跨省异地住院医疗费用直接结算29.22万人次，费用总额70.61亿元，同比分别增长140.69%、149.59%，广大参保人员的获得感不断提升。

精准医保扶贫，防范化解因病致贫返贫

坚决贯彻落实党中央、国务院和省委、省政府关于精准脱贫、打赢打好脱贫攻坚战的部署要求，立足当前、着眼长远，精准施策、综合保障，制定出台并组织实施《江苏省医疗保障扶贫三年行动实施方案（2018—2020年）》，加强基本医保、大病保险、医疗救助等各项政策制度的衔接协同，实现参保缴费有资助、待遇支付有倾斜、基本保障有边界、管理服务更便捷。今年累计对352.5万名贫困人员参加城乡居民基本医保个人缴费部分实行了全额补助，补助金额达10亿元，努力实现“一人不漏、一户不落”的参保目标；大病保险受益人数70.3万人，比去年同期增加21.28万人，增长57.7%。前三季度，救助困难群众564.78万人次，救助资金21.22亿元，医疗救助比例达70%以上，一定程度上缓解了因病致贫、因病返贫。

新时代、新要求、新起点，医保部门将坚决扛起全面建设中国特色医疗保障制度体系的历史重任，坚持医疗保障是重大民生工程的职能定位，更加注重公平统一，实现整个医保制度体系运转更加高效、流畅，为人民群众提供更加公平可及的医疗保障；更加注重改革创新，引导药品耗材价格逐步趋于合理，为人民群众提供更合理、能管用的医疗服务；更加注重管理服务，不断提升医疗保障管理服务质量 and 绩效，为群众提供优质、高效、便捷的医保公共服务，全力推动全省医疗保障高质量发展走在前列，不断开创中国特色医疗保障制度江苏实践新局面，更好满足人民群众对更高质量医疗保障和健康生活的需求。