
苏州市医疗保障事业发展“十四五”规划

《苏州市医疗保障事业发展“十四五”规划》，根据《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》《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）等编制，规划期为2021-2025年，主要阐明“十四五”时期我市医疗保障事业发展的总体思路、发展目标、主要任务和重大政策措施，是指导未来五年全市医疗保障事业发展的综合性、基础性、指导性文件。

第一章 发展基础和形势

第一节 发展基础

“十三五”以来，我市医疗保障工作全面落实国家、省关于医疗保障改革的决策部署，顺利组建医疗保障部门，进一步构建完善了以基本医疗保险（含生育保险）为基础，以大病医疗保险、长期护理保险为补充，以社会医疗救助为托底，“统筹城乡、层次有别、相互衔接、全面覆盖”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。

一、基本医疗保险制度覆盖全民

“十三五”期间，市政府修订发布《苏州市社会基本医疗保险管理办法》，在全国地级市中率先以政府规章的立法形式，建立起基本医疗保险管理体系，并顺利推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施。截至2020年底，全市基

本医疗保险参保人数 1065.14 万人，基本医疗保险参保率维持在 99%以上。基金收支当期略有结余，总体运行良好稳健。职工医保和居民医保政策范围内住院医疗费用基金支付比例分别达到 90.96%和 77.73%，基本医疗保障范围和保障水平继续保持全省最高、全国前列。

二、多层次医疗保障体系逐步健全

医疗救助制度精准托底，制定印发《苏州市社会医疗救助办法》，大幅拓宽医疗救助保障范围，将医疗救助对象由国家规定的 2 类人群拓展至 14 类，医疗救助制度助力脱贫攻坚的政策托底作用有效发挥。大病保障水平保持全国领先，在国家推进居民医保大病保险基础上，进一步将参保职工纳入大病保障范围，实现了大病保险制度对城镇职工和城乡居民的全覆盖，有效减少因病致贫因病返贫的发生。长期护理保险国家试点项目不断深化。作为 2017 年全国首批 15 个长期护理保险制度试点城市，苏州创新性地建立了政策框架、失能评估办法、评估标准和信息系统，逐步提高待遇标准，探索居家医疗护理，合理调整筹资水平，基本形成长期护理保险“苏州模式”，切实减轻了失能人员家庭负担。同时，鼓励、引导商业保险公司推出与基本医疗保险相补充的商业保险品种，有力促进商业健康保险健康发展。

三、市级统筹取得重大突破

“十三五”期间，按照国家、省改革要求具体部署，我市全面启动、有序推进基本医疗保险和生育保险市级统筹重大工程，计划于 2022 年底前将全市分散的 7 个统筹区合并

为一个统筹区，全面实现市级统筹。截至“十三五”末期，全市已实现医疗保障基金统收统支，统一了医保基本政策和待遇标准，大市范围医保就医零手续“一卡通”也基本完成。苏州推进市级统筹工作的有关做法，得到省医保局高度肯定，被确定为市级统筹工作的“全省标杆”。

四、医疗保障支付方式改革稳步推进

全面贯彻、严格执行国家、省统一的药品、诊疗项目和医用耗材目录，按照市级权限，建立目录动态调整和维护机制。持续改进协议管理，全面取消定点医药机构准入数量限制，进一步降低医药机构申请定点的门槛，简化定点医药机构的条件和评估程序，压缩评估时限，方便医药机构申请定点。围绕建立管用高效的医保支付机制，稳步推进医保支付方式改革，持续完善以总额预付为主，按病种付费、按床日费用付费和按服务项目付费相结合的医保支付体系，构建以总额控制为主的复合型医保支付体系，建立健全考核、结算、稽查等配套政策 12 项，落实国家谈判药品落地政策，按医疗机构实际使用费用单独调整总额预算。同时，探索开展按疾病诊断相关分组付费，逐步推进单病种付费向 DRG 付费的过渡。

五、医疗服务价格改革不断深化

“十三五”期间，苏州按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则，全面贯彻公立医院医药价格综合改革政策，优化医疗收费结构和比价关系，医生的劳务价值得到显著体现，阶梯价格体系更加健全。出台家庭医生签

约服务收费政策和基层医疗卫生机构家庭诊疗项目目录，促进分级诊疗制度落实，引导医疗卫生工作重心下移、资源下沉。创新开展物理治疗和康复医疗项目按床日收费试点改革，积极促进康复事业健康发展。积极推进中医医疗服务项目价格调整工作，合理提高中医项目收费标准，促进中医技术传承发展。

六、药品耗材供应管理政策持续推进

“十三五”期间，实现了一个平台、上下联动，部门协作得到加强。启动了急抢救（妇儿）药品和医用耗材市级谈判机制，药品、医用耗材供需衔接持续优化。先后落实三批国家组织药品集中带量采购、三轮省组织高值医用耗材联盟带量采购成果，开展苏盐宿三市联盟耗材带量采购，节约医疗费用 10 亿元，药品耗材价格虚高得到初步整治。全面贯彻落实药品、医用耗材阳光采购政策，积极引导公立医疗机构议价采购。开展药品、医用耗材阳光采购专项督查，推进所有公立医疗机构在省平台上阳光采购、公开交易、应上尽上、应采尽采，全市公立医疗机构药品、耗材，通过省平台开展网上采购率均稳定在 95%以上。

七、医保基金监管全面加强

坚持把打击欺诈骗保、维护基金安全作为医保部门的首要任务，制定完善《苏州市医疗保障行政处罚案件办理程序暂行规定》等制度，统一规范执法文书，建立了系统规范的全流程案件办理制度体系，完善部门执法协作、行政司法“两法衔接”等工作机制，综合运用协议管理、经办稽核、远程

监控、智能审核、社会监督、行政监管、信用管理等多种监管方式，全面加强基金监管。截至“十三五”末，我市医疗保障部门累计追回医保基金约 1.5 亿元，处理违规定点医药机构 6487 家，解除医保协议 28 家，暂停医保协议 309 家，处理违规参保人员 3641 人，移送司法处理案件 20 件。

八、医保信息化水平稳步提升

“十三五”期间，医保各项业务工作依托“金保工程”信息系统，实现了智能化、一体化、数字化。苏州市级平台、苏州工业园区平台、吴江平台、常熟市平台、张家港市平台、昆山市平台和太仓市平台共七个核心平台运转良好，有效支撑了全市七个统筹区医保业务的运转，年医保直接刷卡交易数超过 2 亿笔。上线医保电子凭证，实现参保人员在定点端扫码结算医保费用，让苏州医保从“卡时代”正式迈入了“码时代”。

九、医保公共服务水平不断提高

开展医疗保障公共服务专项治理，统一执行全省 32 项医保公共服务清单，进一步简化办理手续，减少办理材料，缩短办理时限。梳理家庭共济账户等 10 项“苏式”特色服务清单，推行“好差评”制度，不断优化经办服务体验。大力推进医保公共服务在线办理，通过“苏州医保”微信公众服务号升级、对接“江苏医保云”等途径，实现生育报销、异地就医备案等高频基础医保服务事项“指上办”“一网办”“聚合办”。加强部门数据共享和业务对接，减省手续环节，方便群众享受待遇。持续提升异地就医直接结算水平，不断

拓展联网结算医疗机构覆盖范围，在省内率先实现与上海、浙江、安徽长三角异地就医门诊联网直接结算，全市省内、跨省异地就医联网结算医疗机构数量均为全省第一。截至“十三五”末，我市长三角异地门诊结算覆盖长三角所有城市，联网结算医疗机构达 764 家，长三角平台异地门诊联网结算转入转出累计 25.64 万余人次，累计结算金额 6435.39 万元。吴江区与上海青浦区、浙江嘉善县实现医保免备案“一卡通”，率先迈入长三角医保同城化轨道。

十、医疗保障机构改革顺利推进

按照中央机构改革决策部署，2019 年 1 月，苏州市医疗保障局作为一个全新的机构挂牌成立。医保局整合了市人社局承担的基本医疗保险、生育保险、大病保险、医疗救助等相关职责，原市物价局承担的药品和医疗服务价格管理职责，原市卫生计生委承担的药品和医用耗材集中采购监管等职责，实现了医疗保障相关事务的统筹负责。同时，成立了市医疗保障局城区分局，负责吴中区、相城区、姑苏区、高新区范围内的相关医疗保障工作。2020 年 6 月，市政府组建成立苏州市医疗保障基金管理中心，作为医疗保障经办机构，负责基金拨付、待遇审核支付、费用监控、协议管理等医疗保障事务。张家港、常熟、太仓、昆山、吴江等统筹区均成立了医疗保障局，工业园区人力资源和社会保障局挂医疗保障局牌子。医疗保障机构改革的顺利推进，标志着全市医疗保障事业发展进入新时期，为落实各项医疗保障改革任务、推进医疗保障事业快速发展提供了坚强保证。

第二节事业发展面临的形势

“十四五”时期是我国全面建成小康社会、实现第一个百年奋斗目标之后，乘势而上开启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，也是国家层面医疗保障制度体系成熟定型、医保高质量发展的重要战略机遇期。党中央、国务院高度重视医疗保障工作，单独组建医疗保障部门，印发了《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》，明确了“十四五”期间医疗保障制度改革的总体要求、目标任务和路径举措，省委省政府出台了《实施意见》，为“十四五”时期我市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。同时，“十四五”期间，我市医疗保障事业发展的外部环境和内部环境都发生了复杂而深刻的变化，面临着诸多风险和挑战。

一、经济增长不确定因素增多，基金增收压力加大

当今世界正经历百年未有之大变局，国际力量对比深刻调整，国际经贸规则面临重塑，国际政治经济形势不稳定性不确定性明显增加。新冠肺炎疫情持续扩散蔓延，对全球贸易投资和产业链供应链造成显著冲击，全球经济下行压力加大，国内经济短期复苏，但长期仍面临较大挑战。美国对华经贸摩擦和技术封锁短期难以缓解，全球分工体系和产业链供应链布局加快调整，我国部分劳动密集型产业外迁趋势显现。苏州经济外向型程度较高，受国际政治经济形势变化冲击影响较大，经济增长不确定因素增多，医疗保障基金持续

增收预期不明朗。

二、人口老龄化深度发展，基金支出预期攀升

随着居民生活质量不断提升，人均期望寿命不断延长，“十四五”时期苏州人口老龄化趋势将明显加速，迎来老年人口增量的历史高峰。常熟、太仓、姑苏区进入重度老龄化阶段，除工业园区外，其他市区进入中度老龄化社会。截至2020年年底，我市60岁及以上户籍老年人口188.49万人，占户籍总人口的25.32%。可以预见，随着老龄化程度的不断加深，慢性病、重病患病率显著增长，医保基金的负担压力也将同步增长。

三、医疗费用持续增长，基金监管压力凸显

医疗保障待遇水平和群众期待刚性上涨，新设备、新技术、新药品不断应用于临床医学，医疗水平得到提升，刺激了医疗费用的不断攀升。受逐利动机驱使，医疗机构过度检查、过度治疗、过度用药情况，甚至欺诈骗保行为仍然存在，也造成了医疗费用的快速增长。2021年一季度，疫情形势逐渐好转，我市医保发生医疗费用同比疫情前已恢复较快增长，预计“十四五”期间，医疗费用仍将持续较快增长。同时，医保基金监管能力和手段相对不足，价格收费、支付方式等基础制度尚不完善，缺乏精细化的医疗费用管理控制手段。基层执法力量薄弱，医疗保障基金监管任务艰巨，基金监管形势严峻。

四、医保改革深入推进，发展定位深刻转变

随着《深化医疗保障制度改革的意见》出台，以及国家、

省一系列医疗保障改革措施的推出，各级医疗保障部门职责权限逐步明晰。制度体系、待遇清单、医保目录、医药价格、药品耗材招采、信息平台建设等方面，均更加强调国家、省级统筹规划，强调全国“一盘棋”，地市级以下医保部门政策权限和空间全面缩减，工作重心和模式面临从制度探索创新到落实精细管理的转变。

五、机构改革尚未到位，政策落地能力不足

医保改革政策的贯彻实施，高度依赖专业化的经办体系和信息化支撑。机构改革后，基层医保行政部门和经办机构普遍编制紧缺，专业人才匮乏，信息化力量尤其薄弱，已经成为影响改革成效的突出问题。同时，行政部门与经办机构在基金监督、协议管理等方面的职责边界与衔接机制亟待厘清，城区经办机构的设置模式需要妥善研究。医保管理服务还不够优化，人工智能、大数据等信息化应用水平不高，医保服务体验还有较大的改进空间。这些突出的问题，需要在“十四五”时期着力解决。

第二章 指导思想、基本原则和发展目标

第一节 指导思想

“十四五”期间，我市医疗保障事业发展的指导思想是：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、五中全会精神，围绕贯彻落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》和省委、省政府《实施意见》，以精细化管理为抓手，以标准化、规范化、数字化建设为支撑，全面落实医疗保障

高质量发展要求，进一步完善覆盖全民、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系，为苏州打造社会主义现代化“最美窗口”谱写医保篇章。

第二节基本原则

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，坚决贯彻落实党中央国务院和省委省政府关于医疗保障改革的决策部署，发展和完善具有中国特色、苏州特点的医疗保障制度，牢牢把握新发展阶段的要求，贯彻落实新发展理念，助力构建新发展格局，为医疗保障制度更加成熟、定型提供根本保证。

坚持以人民健康为中心。把保障人民健康放在优先发展的战略位置，始终做到以增进人民的健康福祉为医疗保障事业发展的根本目标。以增加人民的健康获得感、幸福感、安全感，为衡量一切医疗保障工作的根本标准，千方百计将为人民服务融入到医保工作的方方面面，不断提高医保治理水平，提供令人民满意的高质量医疗保障。

坚持尽力而为、量力而行。以保障基本为准绳，发挥好医保普惠性、基础性、兜底性的保障职能。坚持稳健持续、防范风险，科学确定筹资水平，均衡各方缴费责任，实事求是确定保障范围和标准，加强统筹共济，坚决守住不发生系统性风险底线，确保制度可持续、基金可支撑。

坚持市级统筹、区域一体。全面做实市级统筹，推动全市基本医疗保险和生育保险基本政策、待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理、信息系统“六统一”，积极对接长江

经济带、长三角一体化、沪苏同城化等重大战略，深化跨区域医保衔接制度创新与改革，积极推进长三角医保同城化进程。

第三节发展目标

“十四五”期间，我市医疗保障事业发展要坚持以“人民健康为中心”的战略定位，不断健全待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管四个机制，强化医药服务供给和医疗保障服务两个支撑，努力建成更高质量、更有效率、更加公平、更可持续、更为安全的多层次现代化医疗保障体系。

到 2025 年，全市医疗保障制度更加成熟定型，高质量完成待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管、药品耗材阳光采购等重要机制和医药服务供给、医保管理服务、医保信息平台等关键领域的改革任务。待遇保障公平适度，筹资机制稳健持续，医保支付方式管用高效；药品、医用耗材阳光采购制度更加健全，价格科学确定、动态调整机制基本形成；基金监管严密有力，信息系统统一智能，管理服务优化便捷，医保法治体系更加完善，医保治理现代化水平显著提升，实现更好保障病有所医的目标，全周期维护和保障人民健康，为我市实现高质量转型发展提供坚实的健康基础。

到 2030 年，全面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医疗保障制度体系与先进模式。

主要指标与预期目标

序号	主要指标	2020 年实现值	2025 年目标值	指标属性
1	基本医疗保险、生育保险参保率	>98%	>99%	约束性
2	职工基本医疗保险参保人数占比	73.51%	75%	约束性
3	职工医保政策范围内住院报销比例	90.94%	>91%	约束性
4	居民医保政策范围内住院报销比例	76.81%	>76%	约束性
5	职工基本医疗保险(生育保险)基金当期平衡率	——	0—5%	预期性
6	居民基本医疗保险基金当期平衡率	——	0—5%	预期性
7	大病保险政策范围内报销比例	63.20%	>60%	预期性
8	长期护理保险合规护理服务费用支付比例	62.45%	70%左右	预期性
9	重点救助对象门诊住院救助比例	——	70%	预期性
10	DRG 付费覆盖二级以上综合性医疗机构比例	——	100%	预期性
11	住院按照 DRG 支付的统筹基金费用占住院统筹基金总费用的比例	——	70%	预期性
12	国家和省药品医用耗材集中带量采购完成率	——	100%	预期性
13	公立医疗机构通过阳光采购平台线上采购药品、医用耗材数量占比	——	90%	预期性
14	医保政务服务事项线上、窗口可办率	80%	100%	约束性
15	住院费用跨省直接结算率	94.12%	95%	预期性
16	医保政务服务满意率	——	≥90%	预期性

第三章重点发展任务

第一节完善待遇保障机制

公平适度的待遇保障是增进人民健康福祉的内在要求。要推进法定医疗保障制度更加成熟定型，健全重特大疾病医疗保险和救助制度，统筹规划各类医疗保障高质量发展，根据经济发展水平和基金承受能力稳步提高医疗保障水平。

一、推进全面实现市级统筹

做实基本医疗保险和生育保险市级统筹。遵循“先统筹、后持续改进与完善”的总体思路，持续推进完成基本医疗保险和生育保险市级统筹，统一基本政策、待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理和信息系统，到 2022 年底，全面实现“六统一”，增强基金互助共济能力，促进制度公平性。按照国家、省统一部署，在全面做实市级统筹的基础上，推动实现基本医疗保险省级统筹。

推进大病保险、医疗救助和长期护理保险市级统筹。统筹大病保险政策和经办服务，实现覆盖范围、筹资政策、保障范围、待遇水平、资金管理、招标投标管理、合同管理、经办服务“八统一”。做好医疗救助市级统筹，统一医疗救助范围、救助标准、经办管理、定点管理和信息系统建设，促进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相衔接。探索推进全市长期护理保险政策和经办服务规范化、标准化。到“十四五”末期，全面实现大病保险、医疗救助、长期护理保险的市级统筹。

二、实现医疗保障待遇公平适度

落实医疗保障待遇清单管理制度，在实现市级统筹的基础上，根据经济发展水平和基金承受能力，建立公平适度的医疗保障待遇调整和确定机制。

落实职工基本医疗保险门诊共济保障机制，增强门诊共济保障功能，改进个人账户计入办法，规范个人账户使用范围，拓展使用门诊统筹基金的医药机构数量。根据医保基金承受能力，统筹考虑现有政策和待遇标准，做好制度衔接，实现平稳过渡。

三、健全统一规范的医疗救助制度

坚持政府主导、社会参与、因地制宜、突出重点、托底救急、公平效率的原则，会同有关部门进一步完善救助对象及时精准识别机制，科学确定救助范围。全面落实资助重点救助对象参保缴费政策，健全重点救助对象医疗费用救助机制。

建立防范和化解因病致贫返贫长效机制。增强医疗救助托底保障功能，通过各项措施降低医疗成本，提高保费补助、实时救助、专项救助的待遇水平，合理减轻贫困群众就医的个人负担。鼓励社会慈善捐赠，统筹调动慈善医疗救助力量，支持医疗互助有序发展。

四、稳妥推进长期护理保险试点工作

深化长期护理保险试点工作，合理调整筹资标准和待遇水平，严控服务质量，发挥市场机制的作用，协调养老服务体系建设，促进居家护理服务发展。

合理调整筹资水平，优化个人缴费和筹资标准，均衡各方责任，建立稳定、可持续的多元筹资渠道。完善失能评估标准，提升评估过程中的科学性和严谨性。稳步扩大长期护理保险待遇享受覆盖面。

优化护理服务内容，鼓励发展居家护理服务，待遇标准适当倾斜。动态调整护理服务内容，满足失能人员的多样化需求，做好和养老服务的衔接。做好重大突发公共卫生事件中的上门服务预案。

发挥市场机制作用，持续引入社会力量参与长期护理保险经办服务，建立健全相应的绩效评价、考核激励、风险防范机制。促进居家护理服务业和住院护理机构的发展。优化居家护理服务网点布局，提高护理服务站点覆盖能力。促进医养融合市场发展，拓宽护理人员就业渠道。

健全监督管理制度，建立照护服务机构准入和退出机制，健全服务质量评估制度，对失智评估、住院护理机构病人收治、居家护理服务机构上门服务等环节进行重点监察。

五、促进多层次医疗保障体系发展

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，提高重特大疾病和多元医疗需求保障水平。稳步提高大病保险保障水平，建立科学合理的动态调整机制。

优化商业健康保险产品与服务供给。坚持市场主导，推动商业健康保险与基本医疗保险的保障衔接。按照国家规定的权限范围，优化城镇职工个人账户用于购买个人及近亲属

商业健康保险办法，引导商业保险公司推出“低盈利、广受益”的健康保险产品。

专栏 1：完善待遇保障机制重点工程

1. 全面实现医疗保障市级统筹。深入推进基本医疗、生育保险市级统筹层次，提升政策实效，到 2022 年底全面实现基本医保市级统筹。逐步推进大病保险、医疗救助和长期护理保险的统筹层次，到“十四五”末期由医疗保险市级统筹升格为医疗保障事业的全面市级统筹。

2. 修订《苏州市社会基本医疗保险管理办法》。根据国家和江苏省法律法规政策修订出台情况，到“十四五”末期修订完成苏州市社会基本医疗保险管理办法，统一、规范全市基本医疗保险有关政策和管理依据。

第二节健全参保筹资机制

合理筹资、稳健运行是医疗保障制度可持续的基本保证。要建立与全市社会经济发展水平相适应、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。切实加强基金运行管理，加强风险预警，坚决守住不发生系统性风险底线。

一、巩固全民参保制度

全民参保是全民医保的基础。按国家要求实施好全民参保计划，强化扩面征缴，做到应保尽保，应收尽收，解决好重复参保问题，落实灵活就业、新业态人员等人群参保政策，通过完善政策和优化服务使参保率保持稳定，优化职工和居民医保参保结构。

创新灵活就业人员参保缴费方式。适应新业态发展，研判灵活就业人员的参保条件，创新制度设计和参保方式。

二、健全筹资缴费标准和筹资机制

完善职工医保和居民医保筹资标准。按照省定要求，明确在职职工、灵活就业等各类人员的缴费基数，统筹考虑职工医保单位和个人的缴费比例，合理确定灵活就业、应缴未缴和补足年限缴费等各类人员的缴费比例。统筹考虑居民医保总体缴费水平，根据城乡居民可支配收入变化动态调整居民医保筹资标准。

建立健全稳定可持续的基本医疗保险筹资机制，均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任。探索职工医保基准缴费费率调整机制，在保证基金可持续发展的前提下，继续维持个人缴费比例不变，适当降低单位缴费比例。健全城乡居民医保筹资分担机制，探索建立城乡居民医保筹资标准与居民人均可支配收入挂钩、政府补贴与财政收入相衔接的动态筹资制度。在稳步提高政府补助标准的同时，适度提高个人缴费权重，财政补助和个人缴费的比例达到 2:1 左右。研究应对人口老龄化背景下居民医疗负担的多渠道筹资政策。

健全大病保险筹资分担机制和动态调整机制。根据社会经济发展水平、人均医疗费用增长情况和大病保险保障水平，动态调整个人缴费和医保基金划转比例，科学确定大病保险筹资水平。

三、健全筹资与待遇衔接机制

提高医疗保险筹资与待遇的关联性。基于基本医疗保险筹资机制，建立健全稳定可持续的待遇保障机制。通过提升

居民医保的筹资水平，稳步提升居民医保的待遇水平，促进制度公平性。

四、加强基金预算管理和风险预警

科学编制医疗保障基金收支预算，加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理。加强基金中长期精算，构建收支平衡机制，健全基金运行风险评估、预警机制。

专栏 2：健全参保筹资机制重点工程

3. 实施全民参保计划。强化扩面征缴，做到应保尽保，应收尽收，到“十四五”末期，实现参保人数达到 1200 万人，参保率 99%以上，基金收入达到 400 亿。

第三节持续推进医药服务改革

医保支付方式是保障群众获得优质医药服务、提高基金使用效率的关键机制。要实施更有效率的医保支付方式，发挥医保战略性购买作用，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。

一、完善医保基金总额预算办法

在科学合理的医疗保障基金预算管理的基础上，健全完善医保基金总额控制为核心的医保支付方式，推进从单个医疗机构总额预算管理向区域总额预算管理转变。确定总额控制目标，完善总额控制测算指标，建立科学的动态调整机制，匹配不断增长的健康需求和不断变化的疾病结构。

健全医疗保障经办机构与医疗机构之间协商谈判机制，

保证谈判双方的专业性和权威性。不断提高总额控制机制的公开度和透明度，向社会公布确定的医疗机构年度总额控制目标，以保证总额控制管理过程的公开、公平、公正。

二、重点推进按疾病诊断相关分组（DRG）付费改革

建立、推广 DRG 付费结算系统，推进医保支付方式改革，提高医保基金使用效率，完善统一医保支付政策，科学有效分配基金，合理配置医疗资源，合理补偿医疗支出，形成价值医疗付费体系，促进医疗技术充分发展，为参保患者提供高质量医疗服务，减轻经济负担。

落实国家医保局 CHS-DRG 细分组方案，建立苏州本地 DRG 分组平台，畅通 DRG 信息采集通道，强化信息系统交互能力，加强 DRG 业务培训和人才队伍建设。探索将点数法与区域总额预算管理相结合，建立完整的医保支付政策体系，推进大数据运用，加强医疗绩效管理。

三、建立多元复合式医保支付方式

在推广按疾病诊断分组付费的基础上，针对不同医疗服务的特点，开展按病种付费、按床日费用付费和按服务项目付费相结合的多元复合式医保支付方式。逐步实行医疗康复、慢性精神疾病等长期住院按床日付费，门诊慢病特病按人头付费。

探索职工医保普通门诊和门诊慢病特病的付费模式，明确职工医保个人账户、门诊统筹基金的使用范围和支付比例。明确各类付费方式下医保支付政策，积极引导医疗机构转变行为模式，开展精细化管理，提高医疗服务质量和提供效率，

使得医保基金能够切实发挥应有作用。

四、强化医保协议管理

简化优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序。制定评估操作办法和相应表单，采取申请人自评、书面审查、现场查看相结合的评估方式，将符合条件的医药机构纳入医保协议管理范围。

发挥医保协议管理在深化改革、落实政策、推进精细化管理方面的基础性作用。持续完善协议范本，制定定点医药机构履行协议考核办法，完善定点医药机构退出机制，增强协议管理的制度刚性。探索跨区域就医协议管理机制。

五、严格执行国家和江苏省基本医疗保险目录

严格执行和落实国家和江苏省关于医保药品、诊疗项目和医用耗材报销范围和比例的规定，贯彻国家医疗保障信息业务编码标准，妥善落实各类目录调整，在医保支付范围内确保基金支付到位，确保医疗费用结算准确性。科学确定并稳步提升医保支付比例，合理控制目录外药品、诊疗项目和医用耗材费用，逐步缩小政策范围内支付比例与实际支付比例的差距，建立支付比例与缴费标准相衔接的动态调整机制。

抓好国家谈判药落地。按照分类管理的理念，积极探索符合苏州实际的国家谈判药待遇保障政策，切实减轻群众就医负担。

专栏 3：推进医药服务改革重点工程

4. 全面推进按疾病诊断相关分组（DRG）改革。将全市所有二级以上综合性医疗机构纳入覆盖范围，到 2023 年实现实际付费；到“十四五”末期，住院按

照 DRG 支付的统筹基金费用占住院统筹基金总费用的比例达到 70%。同步探索按疾病诊断相关分组（DRG）收付费改革联动。

第四节健全医疗保障基金监管机制

医疗保障基金是人民群众的“看病钱”、“救命钱”，必须始终把维护基金安全作为首要任务。坚持以监管制度建设为根本，不断创新监管机制，综合运用现场检查、远程监控、智能审核、专家审查、大数据筛查等监管手段，以及协议、行政、司法等惩戒手段，建立基金监管长效机制，依法打击欺诈骗保行为。健全医疗保障信用评价机制，坚持惩戒失信、激励诚信，引导监管对象增强自律意识。

一、推进基金监管制度建设

贯彻落实国务院《医疗保障基金使用监督管理条例》和江苏省实施条例，建立健全我市医疗保障基金监管制度体系，修订完善程序规则，建立全流程工作制度，明确执法流程，统一规范执法文书。完善行政执法自由裁量基准。严格规范基金监管行政执法行为，严格落实、不断完善执法公开、全过程记录和法制审核制度，促进监管执法工作制度化、透明化、规范化。

二、创新基金监管执法机制

建立完善行政部门、经办机构在基金监管上的协作机制，加强统筹调度，增强监管合力。推行“双随机、一公开”监管机制，建立和完善日常巡查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查相结合的多形式检查制度。积极引入信息技

术服务机构、会计师事务所、商业保险机构等第三方力量参与医保基金监管，提升监管的专业性、精准性，提高基金监管效能。

三、完善基金监管信用体系

落实定点门诊部诊所、定点零售药店信用等级评价办法，逐步将更大范围的信用管理对象如医保医师、护士、药师等纳入信用平台管理，建立监管对象信用档案，对监管对象按信用状况分级分类并进行差异化管理。依托数据监控系统，建立医疗保障信用信息记录、归集和应用机制，落实信用联合惩戒和信用联合激励办法，充分发挥信用监管的作用。依法建立信息披露制度，向社会定期披露定点机构的医保资金使用情况和信用等级信息。营造“守信者畅通无阻，失信者寸步难行”的良好局面。

四、构建多部门综合监管机制

适应基金监管特点，建立和完善部门间相互配合、协同监管的综合监管机制。医疗保障、卫生健康、市场监管、审计、公安等部门依照各自法定职能，查处医疗保障领域违法违规行，规范医疗机构及其医务人员医疗服务行为，规范药品经营行为，跟踪审计医保基金监管相关政策措施落实情况，依法查处欺诈骗保等犯罪行为。

医疗保障部门负责监督管理纳入医保支付范围的医疗服务行为和医疗费用，规范医保经办业务，依法依规查处医疗保障领域违法违规行为。卫生健康部门负责加强医疗机构和医疗服务行业监管，规范医疗机构及其医务人员医疗服务

行为。市场监管部门负责检查监督医疗卫生行业价格、管理执业药师、监管药品流通、规范药品经营行为。审计机关负责加强基金监管相关政策措施落实情况，跟踪审计，督促相关部门履行监管职责，持续关注各类欺诈骗保问题，并及时移送相关部门查处。公安部门负责依法查处打击各类欺诈骗保等犯罪行为，对移送的涉嫌犯罪案件及时开展侦查。其他有关部门按照职责做好相关工作。

五、推进行业自律和社会监督

构建包括行业组织、群众和媒体在内的共同监管模式。指导医保定点医药机构成立行业组织，推进行业自律。落实医疗保障社会监督员和社会保障监督委员会工作制度，对定点医药机构、经办机构、参保人员等进行广泛深入监督。加强与苏州当地媒体的沟通，发挥媒体的监督作用，通过媒体曝光违法违规行为参与人。加强多元化骗保举报渠道建设，畅通投诉举报渠道，规范受理、检查、处理、反馈等工作流程和机制，贯彻落实举报奖励制度，保障举报人信息安全。

六、加强基金监管专业化队伍建设

进一步加强基金监管机构队伍建设，根据有关法律法规规定，探索通过成立医疗保障基金监督专门机构或委托行政执法等方式，进一步充实基金监管力量。加强业务培训和实战训练，配套专业执法设备，提升执法队伍职业化、专业化水平，打造一支政治坚定、业务精湛、执法严明、作风过硬的基金监督执法队伍。

专栏 4：基金监管能力建设重点工程

5. 基金监管队伍建设工程。通过组建医疗保障基金监督专门机构或委托行政执法等方式，充实基金监管力量，打造专业化、职业化的基金监管队伍。建立完善行政部门与经办机构之间、市级医保部门与区、县级医保部门在基金监管上的协作机制。

6. 医疗保障信用体系建设工程。依托智能监控系统，建立医疗保障信用信息记录、归集和应用平台。建立起一整套医疗保障信用评价、披露和差异化管理流程。

第五节全力推进医保数字化转型

围绕做好原“金保”一体化系统切分和推进全国医保信息平台建设两项重点工作任务，构建市级统筹背景下“大服务”“大经办”“大治理”“大协作”“大数据”“大支撑”的医疗保障信息化支撑体系，推动医保数字化转型，为新时代医疗保障事业高质量发展提供强有力的支撑。

一、健全医保信息化工作机制

健全信息化工作制度体系，进一步完善信息化工作组组织领导、项目管理、绩效评价、网络安全、数据共享等方面的规章制度，形成组织领导有力、主体责任明晰、项目推进顺畅、监督管理机制完善、网络和数据安全有效保障、数据分级和共享使用流程明晰的信息化工作机制体制。

二、高标准建设医疗保障信息平台

通过必要的硬件设施建设和软件系统改造，完成与人社部门对现有“金保”一体化系统的业务切分和数据共享，实现医保功能平稳过渡、独立运行。

高标准建设全国医疗保障信息平台。根据国家、省统一部署，全面应用国家局业务系统，实现服务人性化、管理精细化、监管智能化、决策科学化。做好本地 7 个统筹区历史数据的清洗迁移和两地机构的接口改造对接工作，建设市级骨干网络，适配本地医保政策，完成全国医保信息平台各子系统在本市的上线运行，并与金保一体化系统实现数据交互。

三、推进“互联网+医疗保障”

强化信息化技术对医保重点领域改革的支撑。以医保信息平台为依托，以医保数据信息为资源，发挥互联网在医疗保障要素配置中的优化和集成作用，探索大数据、5G、区块链、人工智能等信息技术在医保领域的应用，助力支付方式改革、慢病管理、两定管理、基金监管、信用管理、公共服务等业务工作，创新管理和服务模式，进一步提升医疗保障数字化、智能化水平，提高医疗保障工作质效。

专栏 5：医保数字化转型重点工程

7. 医保信息系统独立化工程：通过必要的硬件设施建设和软件系统改造，完成与人社部门对现有金保一体化系统的切分，并通过数据共享平台共享人社参保登记等相关数据，实现医保功能独立运行。

8. 全国医保信息平台建设工程：根据国家和省统一部署，做好本地 7 个统筹区历史数据的清洗迁移和两地机构的接口改造对接工作，建设市级骨干网络，适配本地政策，完成全国医保信息平台各子系统在本市的上线运行。

第六节 协同推进医疗服务供给侧改革

医疗服务供给关系到人民健康和医疗保障功能的实现。要充分发挥药品和医用耗材集中带量采购在深化医药服务

供给侧改革中的引领作用，平衡医疗机构、医保基金和患者负担，统筹推进医疗服务价格改革。

一、全面落实阳光采购政策

推动公立医疗机构在全省统一的药品（医用耗材）阳光采购平台线上采购、公开交易。建立常态化综合议价机制，坚持政府引导与市场定价相结合，推动医疗机构在省阳光采购平台上与医药企业议价，挤压价格水分。落实集中采购结算制度，按上级改革要求推进医保基金与医药供应企业直接结算，实现药品和医用耗材采购、配送、资金流向“三流合一”。探索建立零售药品统一供价体系，积极推动本市医保定点零售药店参与阳光采购，探索连锁药店参加集采模式，扩大优质药品覆盖面，共享集采降价成果。探索建立创新药品和医用耗材在集中带量采购、阳光挂网采购、备案采购方面的绿色通道，加快推进质优价宜产品尽快进入临床使用，鼓励创新，促进生物医药产业发展。

二、稳步推进集中带量采购

全面推进国家、省组织药品和医用耗材集中带量采购成果落地执行，综合运用监测、督查、约谈、通报等手段，促进医疗机构应采尽采。积极稳妥做好集采品种协议期满续约工作。

完善普通医用耗材集中带量采购机制。创新区域联盟形式、拓展联盟区域范围，推动省内跨市联盟、长三角联盟，探索固定联盟与非固定联盟相结合，根据耗材品种特点采取灵活多样的集中带量采购方式，兼顾统一与创新、规范性与

灵活性。持续创新组织方法，优化谈判规则，拓展集采范围，不断完善普通医用耗材集中带量采购的苏州模式。探索针对特定品种，根据情况采取竞价、议价、比价等谈判形式，逐步扩大集中采购品种范围。

三、持续优化采购协同治理

加强上下联动，强化省、市、县三级招采部门在集采信息、平台建设、监督检查、落地执行等方面的沟通联动。强化部门协同，构建与卫健、药监、市场、财政等联动协同的监管网络。加强内部协同，实现医保支付标准与采购价格联动并进行动态调整。

强化信用监管，建立医药价格和集中采购信用评价制度，健全信用信息与医保基金总额预算管理、协议管理相关联的工作机制，完善守信承诺、信用评级、分级处置、信用修复机制，促进各方诚实守信，共同营造公平规范的市场环境。

四、深化医疗服务价格改革

创新医疗服务价格管理机制。加强对医疗服务价格宏观管理，平衡好医疗事业发展需要和各方承受能力。结合医疗服务特性加强分类管理，管住管好普遍开展的通用项目价格基准，放开非基本医疗服务项目价格。建立目标导向的价格项目管理机制，使医疗服务价格项目更好计价、更好执行、更好评价，更能适应临床诊疗和价格管理需要。

完善医疗服务价格形成机制。对放开由市场机制形成的医疗服务项目价格，发挥医保基金战略性购买作用，建立以医保支付为引领的医疗服务项目价格协商谈判机制。对实行

政府指导价的医疗服务项目价格，建立目标导向的价格形成机制，充分尊重医院和医生的专业性意见建议，让技术难度大的复杂项目更好体现技术劳务价值。

建立医疗服务价格动态调整机制。按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”的原则，建立以成本和收入结构变化为基础灵敏有度的价格动态调整机制。明确调价的启动条件和约束条件，通过压缩药品耗材和检查检验费用腾出空间，提高体现技术劳务价值的医疗服务项目价格，优化医疗收费结构，实现“医院发展可持续、医保基金稳定运行、患者负担可承受”的改革目标。

专栏 6：协同推进医疗服务供给侧改革重点工程

9. 药品和医用耗材招采制度改革推进工程。贯彻落实国家、省组织药品和医用耗材集中带量采购政策。国家和省药品医用耗材集中带量采购完成率达到100%。创新市级医用耗材集中带量采购模式。探索建立省内跨市联盟或长三角联盟，针对普通医用耗材开展集中带量采购，形成成熟、规范、稳定、高效的市级联盟集中带量采购方案。全面落实阳光采购制度，建立常态化综合议价机制，推进线上采购、公开交易、应采尽采。

10. 医疗服务价格结构优化工程。按照“腾空间、调结构、保衔接”的改革路径，建立以成本和收入结构变化为基础的医疗服务价格动态调整机制，按照小步快走的原则，分批、分步调整医疗服务价格，对诊察、护理、手术等体现技术劳务价值为主的，以及成本价格倒挂严重、价格明显偏低的医疗服务项目价格优先调整，逐步理顺医疗服务比价关系，优化医疗服务价格结构，医疗服务项目收入占医疗收入比例大幅提高。

第七节 探索建立医疗保障分类评价体系

按照党中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意

见》关于突出考核评价、加强精细化管理、促进医疗服务能力提升有关要求，探索建立医疗保障部门评价体系，对政策措施、经办服务和医疗服务开展分类评价，科学设置评价指标，研究建立评价规则和评价程序，推动评价结果合理应用，促进政策措施不断完善、经办服务持续改进、医疗服务合理规范。

一、建立政策措施评价制度

加强医疗保障政策措施实施评价。按照重大行政决策有关程序要求，加强对医保重大政策措施实施情况的跟踪、调查与评价，对政策措施的执行效果作出综合评定，为政策调整、终结或延续提供依据。

制定重大政策评价工作制度，规范评估的事项范围、发起程序、组织流程、评价方法和评价期限。拓展政策实施过程中信息收集渠道，加强政策实施后舆情分析，及时分析反映集中的问题，适时启动评价程序。

推进政策措施评价与工作督办机制相衔接，加强重大政策措施、项目落实情况的督办，建立健全跟踪调研、督促检查、反馈整改、考核通报的工作机制，促进政策落地生效。

二、建立经办服务评价制度

加强经办服务质量评价。对经办机构落实重要改革政策情况、建立内控制度情况、基金管理绩效、公共服务提供能力等方面进行评价。

医保行政部门结合国家、省、市有关要求，研究确定评价的具体项目、指标和权重，以及评价的方式和程序，通过

经办机构自评、群众满意度测评、行政部门评价、第三方测评等方式，对各项评价内容开展评价。评价结果形成评价报告，针对性地提出存在的不足和改进的方向。探索评价结果在干部任命、评先评优等方面的应用。

三、建立医疗服务评价制度

明确服务评价内容。定点医药机构医疗服务评价由经办机构或其委托的符合规定的第三方机构组织开展。定点医药机构医疗服务评价的内容，应当包括定点医药机构遵守医疗保障法律法规的情况，定点医药机构履行医疗保障定点协议的情况，定点医药机构提供医药服务的质量、基金使用效率、参保人满意度等。

建立信息收集渠道。拓展定点医药机构医疗服务评价信息收集渠道，将医保行政部门的行政执法信息、经办机构的协议管理信息、定点医药机构依法应当公布的医药费用以及费用结构等信息、定点医药机构的信用信息、执法检查稽核或者信访投诉等渠道反映的信息等纳入评价依据。评价组织者也可以通过满意度调查、聘请社会监督员等方式获得评价信息。

制定服务评价规则。经办机构或其委托的第三方定期汇总、核实评价所需的信息，按照合理的指标和权重，对定点医药机构的医疗服务进行评价。

拓展评价结果的应用。评价结果对社会公布，引导群众选择就医。按照国家有关规定，探索评价结果与协议管理相结合的工作机制，拓展评价结果在协议签订和退出、绩效考

核等方面的应用，促进医药机构医疗服务能力的提升。

专栏 7：医疗保障分类评价体系建设重点工程

11. 建立医疗保障分类评价体系。建立针对政策措施、经办服务和医疗服务的分类评价制度，研究确立评价指标，明确评价规则和评价程序，促进评价结果合理应用。建立评价收集、反馈分析、结果运用机制，探索评价得分与协议管理、基金使用等的联动机制。

第八节 不断优化医疗保障公共管理服务

医疗保障公共管理服务关系苏州千万群众切身利益。要坚持以人为本，以提高人民群众在医疗保障公共服务上的体验感和满意度为目标，全面开展以规范化、标准化、信息化、一体化为核心的医疗保障公共服务“四化建设”，不断增强全市参保人员获得感、幸福感、安全感。

一、高起点推进医保服务标准化和信息化，打造“标准医保”

建立并实施统一的公共服务清单制度。动态完善医疗保障政务服务事项清单和办事指南，同步做好线上办理事项的统一规范，切实提升服务质量和水平。在全面落实省清单的基础上，按照“六统一”（统一事项名称、统一事项编码、统一办理材料、统一办理时限、统一办理环节、统一服务标准）和“四最”（服务效率最高、所需材料最少、办理时限最短、办事流程最简）的要求，大力推行一次告知、一次办好，探索落实“证明事项告知承诺制”“容缺受理制”和“跨省同办”，实现全市公共服务事项“简化快捷办”。

建立并实施全市统一的公共服务标准和规范。全方位实施统一的职工、城乡居民医保服务规范，统一的公共服务术语，统一的公共服务文书、表单，实现各级经办场所（窗口）统一规划与设置，实现公共服务“合规合标办”。

建立并完善畅通便捷的网上公共服务平台。依托苏州数字医保“1+N”平台建设，在各系统间数据有序共享的基础上，不断完善“苏州医保”微信服务号建设，实时对接“江苏医保云”“苏周到”等公共服务云平台，开通公共服务和信息查询等基本医保服务，确保医保经办清单事项全面实现“网上办”“掌上办”；全面推进电子凭证应用，实现诊间支付、扫码购药等医保移动支付服务，探索开通报告查询、历史诊疗、支付明细查询等功能，实现全流程医保、医药、医疗服务；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”。

二、高质量提升医保经办管理能力与队伍建设，打造“能力医保”

构建全市统一的医疗保障经办管理体系。推动各地理顺经办机构隶属关系，做到机构到位、人员到位。以市级统筹为契机，厘清市县经办机构事权，推进统分结合，推动实现扁平化管理服务。大力推进服务下沉，实现市、县、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖。

加强医保经办队伍建设，打造与新时代医疗保障公共服务要求相适应的专业队伍。强化专业业务培训，分类分层次

科学设置培训内容。建立点单式公共服务培训清单制度，学以致用，不断提升医保系统、定点医药机构、第三方机构等医保从业人员的专业能力素养。组织开展全市公共服务技能练兵和岗位比武活动，建立全市公共服务技能人才库。

加强苏州医保公共管理服务规范化建设，规范与医保系统合作的商业保险公司、信息开发第三方、社会组织等提供医保公共服务行为，建立与管理服务绩效挂钩的激励约束机制。

三、高水平实现医保服务的均等可及和高效共享，打造“服务医保”

实施综合柜员制服务，创新公共服务一站式、一窗式、一单式模式，大力推进“所有事一窗办理、一件事一次办结”，实现公共服务事项“即时受理、限时办结”，全面实施“好差评”制度。

加快完善异地就医直接结算服务。结合医保电子凭证，完善异地医保结算信息化建设，确保异地就医患者在所有定点医院能持卡看病、即时结算。简化异地就医登记备案流程，不断丰富备案途径。进一步做好异地就医门诊医疗费用跨省直接结算。

深化长三角示范区医保一体化进程，完善“区域就医免备案、经办服务一站式、异地审核协同化、网上医院互联互通、结算项目广覆盖”，推动在示范区内率先实现医保服务同城化。

扩展长三角医保目录衔接深化联动，推动长三角异地就

医信息共享互动，稳步推进医保异地就医“一单式”直接结算，推动实现异地就医普通门诊、门特门慢、药店购药和住院费用的直接结算。

专栏 8：高质量医保公共服务体系建设重点工程

12. 异地就医直接结算优化工程。有序落实好与“京津冀”和“西南五省片区”异地门诊互联互通工作。探索开展定点零售药店购药异地直接结算，进一步扩大定点零售药店异地联网范围。推动医保关系转移接续省内及长三角地区一网通办。

13. 推进“15分钟医保服务圈”建设。确定全市3个省级“15分钟医保服务圈”示范点，同步推动市级示范点，探索制定示范点建设规范、工作内容和评估标准。

第九节支持苏州生物医药产业的发展

生物医药产业作为我市“一号产业”，“十四五”期间将迎来重大发展。我市医疗保障事业将充分利用和发挥区域医疗资源优势，以持续优化营商环境、推动创新产品推广应用以及引导商业保险产业赋能为重要抓手，助力生物医药产业高质量发展，打造具有苏州特色的生物医药产业新地标。

一、畅通政企沟通渠道，优化医药企业营商环境

打造“主动、专业、温情”的产业服务型医保，让医药企业的声音听得到、意见看得到、诉求办得到。建立完善“医保医企面对面”、“医药企业信息直报”等多渠道政企联系机制，强化领导干部挂钩联系重点企业和重点项目机制，设立重点企业联络专员。对药品和高值医用耗材集中采购、创

新药物和新技术新材料医保准入等企业关注的重点问题、重点领域，做好政策学习、解读与指导。

建立健全医药企业参与医保涉企政策制定机制，研究制定医药企业参与涉企政策制定的工作规范，明确分类听取企业家、行业商会协会的意见建议的规范性要求，对企业敏感的行业规定或限制性措施设置合理过渡期。建立生物医药企业诉求反映的受理、处置、反馈机制，提出针对性解决方案。

二、发挥“战略购买”新职能，推进创新产品推广应用

探索以助力“一号产业”发展为导向的医保战略购买新机制。结合医保系统对口支援及培训等工作，加大创新产品宣传推广力度。充分利用长三角一体化医药市场大体量优势，大力促进本地医药创新产品的应用推广。

积极完善推动创新药、通过质量和疗效一致性评价的仿制药、生物类似药及创新医疗器械纳入地区大病医保目录，引导在本地医疗机构使用的政策措施。积极推进将通过仿制药一致性评价的本地品种纳入带量采购遴选范围，并鼓励使用。简化创新药品和高端医疗器械进入省阳光采购平台挂网采购流程。探索简化创新本地高端医用耗材进入医院的招投标流程。

三、引导商保机构产品创新，赋能生物医药企业

鼓励商保机构创新健康保险产品，试点高值惠民商业健康保险，将本地生物医药企业尚未被纳入医保的创新诊疗技术及医药产品纳入商保目录，并在费用支付比例等方面给予倾斜。

创新本地医药高新技术企业的风险分散和保险保障机制。联合国内外优质商保机构，探索设立“国际生物医药产业保险保障先行区”，形成集“生物医药产业全链条全周期保险产品创新”，“生物医药产业风险保障衔接”和“一站式保险服务”于一体的综合风险保障服务体。

鼓励各类商业保险机构积极开发生物医药人体临床试验责任保险、生物医药产品责任保险等定制化综合保险产品，创新开辟医药行业的特殊险种快速理赔绿色通道。鼓励引导商保机构建立健康产业投资基金，打造健康产业集中投资管理平台，通过母基金、子基金工作机制，加大对苏州生物医药企业的投资力度。

第四章 保障措施

一、加强组织领导

建立规划协调推进机制，强化部门协同，医疗保障、财政、人力资源和社会保障、卫生健康、民政、大数据局、公安等部门按照职责分工抓好落实。各地建立相应工作推进机制，推进规划实施。加强对规划实施情况的监测、评估，加强事业发展形势分析，定期开展规划评估，评价规划实施效果，及时提出规划实施的意见和建议。加强年度事业发展计划编制和责任分解，强化规划实施情况的督办和考核，确保规划有效实施。

二、强化法治保障

全面推进法治医保建设。积极推进苏州市社会基本医疗保险管理办法修订。深化“放管服”改革，完善权责清单、

执法事项清单、服务清单，全面推进权力公开透明运行。严格落实重大行政决策程序，加强规范性文件制定和监督管理，建立规范统一的规范性文件体系。完善行政复议、行政诉讼工作制度。落实“普法责任清单”，突出开展打击欺诈骗保普法宣传，增强全社会医保法治意识。全面增强医疗保障干部依法行政意识。

三、加强队伍建设

推进医疗保障机构建设，完善医保经办管理体系，重点强化基层医保经办机构建设，建立起适应形势需要和管理要求的城区医保经办体制和管理机制。健全常态化人才培养机制，优化培训内容，规范培训流程，加强行政执法监管队伍、信息化人才队伍、经办队伍建设，通过业务培训、以案练兵、实践带教等多种方式，有效提升医保队伍业务能力。

四、落实资金保障

加强财政预算与规划实施衔接协调，建立健全与医疗保障工作相适应的预算安排机制，保障医疗保障机构运行和事业发展，支持重大改革措施和重大工程项目的实施。落实财政资金对于医疗保障的筹资责任。加大政府向社会购买医疗保障公共服务的投入力度。加强医疗保障资金预算管理，健全资金监管制度，落实资金绩效评估，依法开展审计监督，提高资金使用效率。

五、加强宣传引导

坚持正确政治导向，加强医疗保障政策解读，完善新闻发布机制，强化舆情监测和应对。建立健全医疗保障咨询、

投诉、信访处理机制，依法及时、妥善处理群众诉求，回应群众关切。加大医疗保障法律法规和政策措施的宣传力度，创新宣传形式，拓展宣传渠道，全方位、多角度开展宣传活动，引导社会各界关心、支持医疗保障工作。