

HUAIIBEIYIBAO

# 我市优化调整医保政策

## 进一步增强参保群众的获得感幸福感

■记者 傅天一 通讯员 刘刚

本报讯 今年以来,全市医保系统以加强自身建设打造“五型机关”活动为契机,全面深化医疗保障制度改革,完善制度体系建设,扎实推进各项医疗保障重点工作落实落地,全市参保群众的获得感、幸福感进一步增强。

我市按照省政府统一部署,自2022年7月1日起,正式实施职工门诊共济保障机制改革,参保职工在明确级别医疗机构进行的门诊费用纳入医保统筹基金报销范围,年度累计

起付线800元、封顶线2000元,解决了原来门诊不能报销的问题。同时,职工医保个人账户可与家庭成员共享,减轻了家庭成员门诊费用负担。参保群众门诊结算时,出具医保电子凭证、身份证、社保卡等凭证,即可享受“一站式”结算。截至11月,全市门诊共济累计报销61426人次,支出资金1015.2万元;账户共济基金报销9093人次,报销金额260.1万元。

我市出台《淮北市健全重大疾病医疗保险和救助制度实施细则》,救助对象覆盖困难职工和城乡居民。对特困人

员、低保对象、低保边缘家庭成员、返贫致贫人口、防止返贫监测对象和因病致贫重病患者6类人群,按规定给予分类救助。在增强大病保险减负功能的基础上,通过科学确定医疗救助政策、完善倾斜救助措施、畅通申请救助渠道、完善返贫致贫监测机制等手段,实现综合保障、梯次减负的作用,最大限度防范化解因病致贫返贫发生。

制定印发《关于调整基本医疗保险门诊慢特病病种的通

知》,自2022年12月1日起,统一将进行性肌营养不良症、法布雷病、亨廷顿舞蹈症、视神经脊髓炎、脊髓延髓肌萎缩症(肯尼迪病)、甲状腺素蛋白淀粉样变性心肌病、遗传性血管性水肿等7种“罕见病”纳入全市职工医保、城乡居民医保门诊慢特病保障范围,执行全省统一的认定标准、用药目录,比照住院待遇设计起付线和报销比例。调整后,全市门诊慢特病病种数达到72个。

制定出台《关于调整淮北市城镇职工医疗保险参保人员临时外出异地就医备案规定的通知》,取消了职工医保转外就医医疗机构必须是当地医保定

点的三级甲等医院的限制条件。职工医保参保人员申请异地就医备案时,直接备案到就医地或直辖市,并在备案地开通的所有联网定点医疗机构享受住院费用直接结算服务,切实方便参保职工自由选择医疗机构就医。

制定印发《关于调整城乡居民基本医疗保险普通门诊待遇政策的通知》,取消城乡居民普通门诊一个保险年度内累计报销不超过5次的限制,进一步调动基层医疗机构看病就医积极性,10月26日起正式执行。

# 省医保局飞行检查组一行来相山区人民医院开展医保检查

■记者 傅天一 通讯员 李侠

本报讯 2022年12月5日—6日,省医保局2022年度医保基金飞行检查组一行在相山区人民医院开展飞行检查。飞行检查组一行在相山区人民医院三楼会议室召开,飞行检查组相关负责人宣读检查告知单并送达签字盖章。相山区医保局主要负责人、分管领导及医院领导班子成员等参加了会议。

会后,飞行组在区人民医院通过大数据核查、现场查看病历、深入科室病房进行检查核实,对现场检查发现的违法违规

疑似问题,通过《检查笔录》、《询问笔录》和相关证据资料提取等进行证据固定。

检查结束后,召开了现场检查反馈会,根据现场检查结果进行一一沟通,对其中疑似违规信息逐一核实、定性定量,签字确认。下一步,相山区医保局将坚持问题导向,以此次飞行检查为契机,针对存在的问题,举一反三,明确整改时限,督促按期整改到位。同时,要求其他定点医院,对标对表,进一步完善医保基金监管机制,不断提高基金监管能力,强化基金监管效果,确保医保基金安全稳定运行,医疗保障事业健康发展。

# 相山区医保局开展集采药品情况专项检查行动

■记者 傅天一 通讯员 贺星云

本报讯 近期以来,相山区医疗保障局组织专项考核组对相山区人民医院、相山区渠沟镇卫生院等6家公立医疗机构开展集采药品情况进行考核,旨在扎实推进国家集采药品医保资金结余留用工作落地落实。

为确保考核工作顺利开展,该局组建了由局领导任组长,医保局专项执法人员联合相山区卫生健康委员会工作人员组成的专项考核组,研究制定了考核工作计划,细化和明确了考核时限和具体工作步骤,并在考核前强化工作人员业务学习,增强监测系统数据调阅和能力分析,熟练掌握考核内容和考核流程,做好了考核前的准备工作。

本次考核重点围绕执行药品集采相关政策规定、集采药品30天回款率、线下采购占比、非中选药品采购占比等内容,对6家定点医疗机构分别调阅了集采药品供货发票、银行结算回执单据,核验了药品线上采购,查看了集采政策宣



相山区医保局工作人员检查相山区人民医院网采数据。 ■摄影 通讯员 贺星云

传、培训资料及药品价格公示等情况,并按照统一的考核指标,进行逐项计算打分。考核结束后,考核组与各医疗机构工作人员就药品带量采购过程

中出现的问题沟通交流,对存在问题进行了分析研究,提出明确的整改要求,推动国家药品集采改革工作落地实施。目前,我区已全部完成对6家医

疗机构的考核工作。国家组织药品集中带量采购医保资金结余留用政策,是推动带量采购可持续性开展的重要政策配套。通过激励医疗

机构优先使用中选药品、合理用药,从而有效降低参保群众的用药负担,缓解群众看病难看病贵的难题,提升群众的获得感、幸福感和满足感。

# 市医保局推进医保定点工作提质增效

■记者 傅天一 通讯员 任凯

本报讯 今年以来,市医保局结合工作实际,通过新修评估标准、优化信息变更备案、签订补充协议等方式完善定点机构准入工作提质增效,切实促进医药行业营商环境更优更好,为健全医疗服务体系、满足百姓多元化的医疗需求贡献“医保力量”。

市医保局将独立血液透析中心和实行备案制的中医诊所纳入我市医疗保险定点医疗机构协议管理范围,新制定血液透析中心定点准入评估标准和中医诊所定点准入评估标准;适应医疗服务系统新形势,新制定(中医、眼科、口腔)门诊部定点准入评估标准和村卫生室定点准入评估标准。2022年淮北市共新增医保定点门诊部8家,医保定点血透中心2家。

优化信息变更备案流程,细化定点机构动态管理。依据《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》和《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》关于定点医药

机构动态管理的要求,对定点医药机构重大信息的变更申请优化流程、减少材料,提升服务理念,落实一次性告知制度。共减少核准环节1个,减少变更申请材料3件。

签订DRG补充协议,持续助力付费改革。据了解,DRG付费是国际上一种较为成熟、科学的医保支付方式。在DRG付费方式下,对医疗机构实行“结余留用、超支承担”的激励约束机制,能倒逼医院和医生想办法优化收入结构、降低医疗成本、重拾医生劳动价值,对DRG付费的有效监管,能将费用控制在合理范围内,实现医保从数量付费向质量付费的转变。2022年,在签订医保服务协议的基础上,市医保局与11家DRG试点单位签订补充协议,筑牢“防火墙”,守好“救命钱”,切实维护医保基金安全。

下一步,市医保局将认真贯彻落实党的二十大精神,坚持以人民为中心,积极推进健康中国建设,及时更新定点准入评估标准、精简业务经办程序、创新服务,促进医保、医疗、医药协同发展和治理,增进民生福祉,提高人民生活品质。

# 市医保局探索建设医保基金监管智能场景

■记者 傅天一 通讯员 赵红宇

本报讯 当前,我市医保基金监管面临定点医疗机构分布点多面广、医保结算实时性强、疾病诊断治疗专业性强、复杂程度高和违规行为相对隐蔽等问题。为有效解决上述问题,今年以来,市医保局积极探索建设医保基金监管智能场景,强化全流程监管,全力守护好老百姓的“救命钱”。

据了解,医保基金监管智能场景以中医康复理疗、血液透析等重点药品(国谈药品)二次销售等场景监管为切入点,应用生物特征识别、大数据分析等新技术,实现诊疗前身份确认、诊疗

中实人认证和诊疗结果留存。同时依据医保基金监管规则库对医保违规行为进行事前提醒、事中监管(预警)、事后稽核的全过程监督管理,建立以预警防控、远程监管、精准稽核为特征的医保基金监管智能场景实施综合监管,减少监管盲区,提高监管效能。

下一步,市医保局将依托全国统一的医保信息平台,积极推进医保智能监控知识库和规则库更新,加快医保智能监控系统建设落地,发挥新技术在医保基金监管中的作用,推动监管由事后监管向事前提示、事中监控转变,进一步丰富监管手段,切实维护医保基金安全。



药品集采 落地见效

截至目前,全市共落地执行15批国家和省级集采中选结果,药品品种数超300种,平均降幅50%以上,最高降幅超90%,累计节约采购资金近3.04亿元。图为市医保局督察我市公立医疗机构采购国家组织药品耗材集采落地情况。 ■摄影 通讯员 杜春琳

# 杜集区拧紧医保“安全阀”

■记者 傅天一 通讯员 代士信

本报讯 今年以来,杜集区医保局着力健全源头预防、动态监管、违规惩戒相结合的监督和惩防体系,常态化监管医保基金,规范医药机构医药服务行为,全力守护老百姓的“看病钱”“救命钱”。

开展“织密基金监管网 共筑医保防护线”医保基金监管集中宣传月活动,活动期间深入两定机构、村居、企业、小区开展“四进”宣传,张贴公示宣传海报和宣传标语,向就诊患者和来往群众发放医保政策知识手册,主动解答群众疑问,着力提升《医疗保障基金使用监督管理条例》等相关医保法律法规政策社会知晓度。建立远程视频监控中心,

全区163家定点医药机构安装视频监控设备,覆盖定点医药机构收款台、服务台、违规多发诊疗科室等区域,实现对定点单位实时在线动态管理,提升监管效率,实现对医保服务行为的科学化监管。

持续保持打击欺诈骗保高压态势,建立健全与卫生健康、市场监管、公安等部门的联动机制,统筹协调重大案件查处工作,通报共享医疗卫生领域的违法违规问题。对检查中发现的涉嫌犯罪案件线索,依法移送司法机关,追究违法当事人刑事责任。

坚持日常稽核、专项行动、联合执法多措并举,先后组织开展定点医疗机构自查自纠活动、两定医药机构专项治理全覆盖监督检查。

# 社保卡丢了,急需看病住院怎么办?

■记者 傅天一 通讯员 朱昆鹏

随着全民参保的普及,社保卡与我们的生活联系越来越紧密。社保卡不仅是一张银行卡,在我们退休的时候可以领取退休工资、乘车、到图书馆借书等;还有一项非常重要的功能是“医疗保障支付结算”,就是我们常说的医保功能。这张小小的卡片如果丢失了,又着急看病住院怎么办?以下三种方法可解您的燃眉之急。

方法一:参保人到任意一家可办理社保卡业务的银行营业网点申请补办(具体

网点信息可关注“淮北人社”微信公众号查询),即时申领即时出卡。新卡办理时可在银行网点激活医保功能,医保功能激活后原卡内个人账户余额自动结转到新卡里,同时在新卡激活后原卡失效,不用再去任何医保部门报备丢失的社保卡。

方法二:用个人医保电子凭证进行支付结算。医保电子凭证是由国家医保信息平台统一签发,是基于医保基础信息库为全体参保人员生成的医保身份识别电子介质。参保人可通过电子凭证享受各类在线医疗保障服务,包括医保业务办理、医保账户查询、医保就诊和购药

支付等。参保人可通过“淮北医保”微信公众号、“安徽医保公共服务”微信小程序或“国家医保服务平台”APP进行激活。方法三:通过医院移动支付终端直接结算支付。近年来,淮北市医保局积极推进医保移动支付工作,如果参保人就诊的医疗机构已开通医保移动支付功能,可通过手机端实现挂号、缴费、结算等全流程业务。

另外,市人民医院、淮北市矿工总医院、皖北康复医院、市妇幼保健院、朝阳医院还开通了“医保刷脸支付”,有效拓宽了医疗保险结算渠道。

# 全力守护人民群众“救命钱”

# 市医保局筑牢医保基金安全底线

■记者 傅天一 通讯员 秦琦

本报讯 今年以来,市医保局加大维护基金安全的工作力度,创新性开展医保基金监管工作,推进医保基金制度化、社会化、联合化、服务化监管,筑牢医保基金安全底线,全力守护人民群众“救命钱”。

市医保局建立了全覆盖式日常监督检查、“双随机、一公开”飞行检查和交叉互查,重点领域专项治理和驻点督察、多部门综合检查监管、面向全民

的社会监督“五项机制”,统一一定点医药机构协议,建立完善举报奖励制度,对医药体系良性发展的引导和调控作用明显增强,探索建立具有淮北特色的可借鉴、可复制、可推广的基金监管模式。

今年4月,全市医保系统开展了一系列内容丰富的医保基金监管宣传月活动。利用电视、广播、报纸、电子屏、微信公众号等形式,有力加强医疗保障基金监管宣传力度;邀请人大代表、媒体为代表的

社会监督员参与医保基金监督管理;巩固《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规的宣传成效,营造了全社会维护医疗保障基金安全的浓厚氛围。

市医保局与市场、卫健、公安、纪委监委同向发力,建立行政执法信息互通工作协商机制,辅以医保智能监管系统,对定点医药机构开展全覆盖抽查,打击欺诈骗保专项治理成效显著,综合监管格局基本形成。通过政府购买

服务方式,引入第三方专业机构配合监管,强化医保监管力量。

根据全市实际医疗状况、协议条款,模拟出187条医药机构易发的违规项目,将违规项目纳入医保政策培训课程,利用医疗机构学习日时间,深入医院开展政策培训、座谈交流,有效避免因不了解医保政策影响医保基金使用效率的现象。医药机构定期对照违规项目逐条自查自纠,发现违规行为及时将违规费用退还

患者,有效维护了患者的合法权益。

今年以来,市医保局共检查定点医药机构1083家次,移交纪检、公安机关2人,解除医保协议3家,行政处罚3人,1家医疗机构,追回扣除医保资金1604.24万元。部分定点医药机构主动退还多收患者违规费用,重复收费、串换项目、分解项目、过度治疗等违规行为有所遏制,有力地促进了医疗机构规范诊疗行为。