

踔厉奋发新征程 奋楫笃行新时代

——市医保局2022年工作回眸

■ 记者 傅天一 通讯员 娄宇

岁月不居，时节如流。市医疗保障局步履铿锵走过2022年，这一年，淮北医保人与全市198万参保群众共同创造了许多温暖的医保故事、医保瞬间，值得回顾。

2022年，在市委、市政府的坚强领导下，市医保局迎难而上，聚力攻坚。面对疫情，坚持人民至上、生命至上，把人民群众生命安全和身体健康放在第一位，第一时间拿出“战疫”硬举措，积极推行“不见面办”“便民办”“延期办”“放心办”，确保患者不因费用问题影响就医，确保收治医院不因支付政策影响救治。加大医保基金预拨力度，及时结算医疗费用，支持医疗机构平稳运行。核酸检测价格“九连降”，单人单检由最初400元/人次降至不超14元/人次，每人每次降低386元；多人混检由5人混检22元/人次、10人混检15元/人次降至2.6元/人次（不区分样本数量）。自2022年12月29日起至2023年3月31日，全市范围内开通基本医保统筹基金结算服务的定点医院，全部临时纳入新冠病毒感染门诊统筹结算范围，结算新冠门诊费用，医保报销不设起付线、不设报销限额，报销比例统一为70%，最大程度保护人民生命安全和身体健康。

当前，基金运行总体平稳，多层次医疗保障体系基本形成。统一的城乡居民基本医疗保险和大病保险制度全面建成，生育保险与职工基本医疗保险合并实施，基本医疗保险实现市级统筹，医疗保障基金共济能力进一步提升；建立城镇职工大病保险制度，实现大病保险制度基本医保全覆盖；出台健全重特大疾病医疗保险和救助制度，实施职工门诊共济保障机制，基本形成以基本医疗保险为主体，大病保险为延伸，医疗救助为托底，其他医疗保障制度为补充的多层次医疗保障体系，更好满足了人民群众多元化医疗保障需求。

医药服务供给侧改革成效显著。全面推进按疾病诊断分组（DRG）支付方式改革省级试点，全市第一批10家试点医疗机构DRG付费自今年1月正式实行至今，数据总体呈现良好态势。医疗服务价格合理调整机制初步形成，批复6家医疗机构开展医疗服务项目（有项目无价格）137项次，对认定的4家定点医院新技术、新项目发生的高额医疗费用增加预算指标1741.46万元，以“真金白银”支持医疗机构学科建设和技术创新。

探索推进参保人员个人信息授权查询和使用国家试点，2022年11月完成个人信息授权查询与使用系统上线试运行，是全国第五个上线城市，在全国参保人员个人信息授权查询与使用试点工作推进会上作经验交流发言，获得国家局认可。建立市级医保部门与市属三级定点医院联席会议制度

并召开第一次全体会议，进一步畅通沟通渠道，深化医药卫生体制改革，促进医保、医疗、医药协同发展和治理。

市医保局坚持巩固优势、铿锵前行。利民之事，丝发必兴，人民群众获得感持续增强。基本医疗保险覆盖198.9万人，覆盖率稳定在99%以上，职工和城乡居民基本医疗保险政策范围内住院费用基金支付比例分别稳定在80%左右和70%左右，城乡居民大病保险合规费用报销比达60%以上，特困人员、低保对象合规医疗费用救助比例达75%。大力实施巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略，全市困难群众累计报销14.59万人次，医疗总费用2.45亿元，综合医保支出2.33亿元，综合报销比例达95.1%，困难群众医疗费用负担进一步减轻。

医疗保障经办管理服务体系初步理顺，市、县（区）医保经办业务流程实现“六统一”，医保经办服务实现全领域、全流程“网上办、阳光办、不见面办”，全面推动医保“15分钟服务圈”建设，全面落实公共服务清单，省内率先接入安徽医保公共服务平台，平台目前上线功能数量在全省与合肥并列第一，33项政务服务事项“一网通办”，10项高频业务“跨省通办”，5.95万家全国定点医院异地就医结算“全渠道可办”。加速推进医保电子凭证在医保领域全流程应用，累计激活用户141.71

万人，激活率达71.34%；累计结算339.21万笔，结算比例51.02%，暂列全省第一。

面对守护好老百姓救命钱的神圣职责，市医保局坚决落实习近平总书记关于加强医保基金监管重要批示精神，尽锐出战、重拳出击、敢于亮剑，坚决斩断伸向老百姓看病钱、救命钱的黑手，确保医保基金安全运行。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、多部门联合检查监管、面向全民的“监督五项机制”，建立完善举报奖励机制，对医药体系良性发展的引导和调控作用明显增强。部分定点医院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得到遏制。2022年，累计检查定点医院1083家，行政处罚2家3人，移交司法机关2人，处理医保医师39人，行政处罚款4.85万元，追回扣除医保基金1955.89万元。

历史交汇点，亦是新起点。未来，市医保局将把学习宣传贯彻党的二十大精神同学习贯彻习近平总书记重要讲话和重要批示紧密结合起来，找准结合点、切入点、着力点，持续筑牢多层次医疗保障网，抓住人民群众最关心最直接最现实的利益问题，切实推动党的二十大精神在医疗保障领域落到实处、见到实效。

历史交汇点，亦是新起点。未来，市医保局将把学习宣传贯彻党的二十大精神同学习贯彻习近平总书记重要讲话和重要批示紧密结合起来，找准结合点、切入点、着力点，持续筑牢多层次医疗保障网，抓住人民群众最关心最直接最现实的利益问题，切实推动党的二十大精神在医疗保障领域落到实处、见到实效。

市医保局负责同志调研 我市便民发热门诊点医保结算工作



检查发热门诊点“一站式”医保直接结算服务情况。

■ 记者 傅天一 通讯员 娄宇

本报讯 2022年12月28日，市医保局党组书记、局长郜锦华一行前往市人民医院、市妇幼保健院、康琦医院等医疗机构，现场查看发热门诊点医保结算工作。

为全面贯彻落实《安徽省医疗保障局关于做好便民发热门诊点医疗保障结算服务工作的通知》要求，充分发挥医保部门职能作用，全力保障参保患者在便民发热门诊点享受到便捷、优质的医保服务，市医保局迅速行动部署，仔细排查落实发热门诊点医保结算便民服务工作，为全面开通便民发热门诊点医保“一站式”结算服务保驾护航。

郜锦华一行通过跟随发热病人就诊

流程，刷脸识别、刷卡结算，掌握我市发热门诊点“一站式”医保直接结算服务情况，详细询问医疗机构在医保结算和医保服务方面的需求，对发热门诊点医保结算和门诊慢特病处方政策进行宣传。同时，要求发热门诊点大力推广使用医保电子凭证结算，帮助老人孩子开通医保电子凭证亲情账户，最大限度减少刷卡、输入密码过程中的接触交叉感染，让参保患者体验到贴心、安心、暖心的医保服务。

经走访，我市辖区内发热门诊点结算窗口网络实现互联互通，已张贴统一的医保定点结算标识，配置必要的医保结算设备，能为参保群众提供“一站式”医保直接结算服务。

我市基本医疗保险精神病患者住院 按床日付费实施新方案

■ 记者 傅天一 通讯员 宋宾

本报讯 近日，记者从市医保局获悉，市医保局根据《安徽省基本医疗保险精神病患者住院按床日付费指导方案》精神，多次征求相关部门意见，并开展专题调研，按我市现行精神病按床日付费近3年数据测算情况，结合我市实际，研究印发了《淮北市基本医疗保险精神病患者住院按床日付费实施方案》。旨在进一步完善我市医保支付方式，建立符合疾病治疗特点的医保支付体系，切实减轻参保患者负担。

该《实施方案》指出，本市定点医院和综合医院精神科专科，收治职工医保、居民医保的参保人员长期住院治疗的，纳入精神疾病住院按床日付费结算范围。省内异地定点医院收治我市参保人员发生的长期住院治疗费用，参照就医地精神疾病住院床日费用定额标准执行。

分级制定床日费用定额标准：第1-

30天（第一段）、第31-60天（第二段）、第61天以上（第三段）床日定额标准二级医疗机构分别为220元、190元、160元，一级医疗机构分别为160元、130元、100元。个人承担部分：城镇职工医保参保人员按照《关于调整淮北市城镇基本医疗保险政策（试行）的通知》，城乡居民医保参保人员按照《淮北市人民政府办公室关于印发淮北市统一城乡居民基本医疗保险和大病保险制度实施办法（试行）的通知》等规定计算基金支付额外费用。基金支付部分：医保基金按患者住院床日累计定额费用减去患者个人承担费用（患者个人自付统筹范围内费用和目录外自费费用）与医疗机构结算。

患者凭就医凭证，出院时，住院医疗费用实行在院直接结算。已按《关于印发〈淮北市基本医疗保险定点医院精神类疾病结算暂行办法〉的通知》实行按床日付费的精神病防治机构，自2022年1月1日起执行；其他精神病防治机构从2023年1月1日起执行。

市医保局力促集采政策落地惠民

■ 记者 傅天一 通讯员 杜春琳

本报讯 “我家孩子患的是罕见病，所需治疗用药是进口新上市药品，目前我们淮北市好像没有相关的药品库存，这该怎么办？”去年底，市医保局接群众反映得知这一情况后，高度重视，立即安排专人多次与医疗机构和药品配送公司沟通协调，应急采购相关药品，使患者得以及时用药，后续治疗得到了有效保障。市医保局用实际行动践行了“每一个小群体都不应该被放弃”的责任担当。

2020年7月，市医保局联合卫健、财政、市场等部门成立以市医保局局长为组长的带量采购工作领导小组，以市人民

民医院为牵头单位的药品耗材带量采购联合体，全力推动集中采购中选结果落地。截至目前，全市共落地执行15批国家和省级集中采购中选结果，药品品种数超300种，平均降幅50%，最高降幅超90%，累计节约采购资金近3.04亿元，患者医药费用负担不断减轻。

通过省药品采购监管平台实施全方位监管，市医保局按照“实时监测、适时通报”的方式，加强对医疗机构任务量完成情况、供应保障情况以及药品价格信息的日常监测，及时通报任务落实和各项监测指标情况，对问题突出的医疗机构下达《整改通知书》，以监测促落实、以监管促规范，确保药品集中带量采购工作顺利实施。

市医保局制定“双通道”药店规划方案 提升便民水平

■ 记者 傅天一 通讯员 宋宾

本报讯 近日，市医保局综合我市实际情况，制定了“双通道”药店规划方案。在便于患者使用谈判药品需求的前提下，坚持“公开、公平、公正”的原则，将按规定程序，把资质合规、管理规范、信誉良好、布局合理，并且满足对所售药品已实现电子追溯等条件的定点零售药店纳入“双通道”管理。

我市现有“双通道”药店9家，其中相山区4家、烈山区1家、杜集区1家、濉溪县1家、宿州辖区2家。现阶段，市医保局根据合理化配置，相山区拟在人民路

与南黎路之间区域增设一家；烈山区拟在市人民医院新院区附近增设一家；杜集区在湖里或石台拟增设一家、在段园镇拟增设一家。

在规划范围内，符合《关于建立完善淮北市国家医保谈判药品“双通道”管理机制的通知（试行）》规定“双通道”药店设置条件的定点零售药店，自愿向医保部门提出申请，在按照淮北市基本医疗保险“双通道”零售药店协议管理评定项目及量化评分表，组织进行评估后，择优设置，并及时向社会公开。实行“双通道”药店适度竞争、有进有出、动态调整管理。



畅通医保服务

近日，有办事群众来到医保服务大厅办理医保报销业务。去年以来，市医保局以国家（安徽省）医保信息平台为基础，以皖事通APP、“淮北医保”公众号为抓手，以服务大厅为轴心，下沉高频服务事项至县区大厅，实现可办业务线上100%全程网办，线下100%通办。制定《淮北市医疗保障经办政务服务事项清单及办事指南》，精简证明事项7项，可即时办结10项，实行一次性告知、限时办结。精简整合业务环节，将原来按业务分设的窗口，优化整合为综合服务窗口，让参保人“进一扇门，取一个号，排一次队”即可实现医保业务通办。 ■ 摄影 记者 冯树凤

淮北市新型冠状病毒感染门诊 救治保障政策明白纸

一、新型冠状病毒感染门诊救治保障对象

参加我市职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险的参保人员。

二、新型冠状病毒感染门诊救治保障待遇

参保人员新型冠状病毒感染在全市范围内普通门（急）门急诊治疗时，发生的符合新冠病毒肺炎诊疗方案及其他规定的医药

费用，纳入基本医保统筹基金支付范围，不设起付线、不设报销限额，报销比例统一为70%。

三、新型冠状病毒感染门诊救治保障医院有哪些

全市范围内已开通基本医保统筹基金结算服务的村卫生室（社区卫生服务站）、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、一级医院、二级医院、三级医院等定点医院（可至市医保局官方网

站查询），临时全部纳入新冠病毒感染门诊统筹结算范围，支持参保人员及时获得门诊救治和待遇保障。

四、新型冠状病毒感染门诊救治保障时间内未能实现即时结算的参保人员如何享受救治保障政策

参保人员因临时外出、探亲等新冠病毒感染异地就诊，或在暂不具备联网结算条件的定点医

疗机构就诊发生的符合规定的门诊费用，可持相关门诊费用票据到市、县医保经办机构申请手工报销。因网络故障等或在1月1日-3日医保系统停机期间不能现场即时结算的，待医保系统开放后仍回原就医机构进行报销。

五、新型冠状病毒感染门诊救治保障时间

即日起至2023年3月31日。