

市医保局“高效办成一件事” “两提两扩”推进医保码就医购药服务提质增效

■记者 王陈陈 通讯员 何雨

本报讯 今年以来,按照国家、省医保局工作部署,市医保局积极推进政务服务改革,以优化参保群众就医购药体验为切口,全力推进医保码全流程应用、医保移动支付、医保刷脸结算等便民场景建设,有效解决患者就医烦、看病难,提升人民群众获得感和幸福感。

齐心协力打基础,提高医保码普及率。全市各级医保部门立足岗位职责,发挥部门优势,科学有效推进医保码的普及与应用,通过构建全面协同合作的工作机制,实现资源共享、信息互通,确保医保码推广与应用工作稳步有序进行。充分利用全方位、立体化、多元化的线上线下传播渠道,开展深入细致、

全面覆盖的宣传动员活动,引导患者主动使用医保码办理就医业务,提高群众对医保码的认知度和使用意愿,让广大参保群众享受高效、便捷、暖心的医保服务。

督导帮扶促成效,提高医保码“含金量”。持续深入开展医保码“走流程、找堵点”活动,通过实地调研、暗访督导、驻点帮扶等方式,全面排查并督促落实医保码应用情况。建立问题清单和工作台账,及时解决遇到的问题,督促技术改造不到位、服务体验不佳、医保码应用不畅通的医疗机构尽快整改。对在推行医保码过程中发现的好方法、好做法,及时总结并分享,不断提高“医保码,一码通”含金量,推动全市医保码结算率稳步提升。

开拓创新抓扩面,扩展医保码应用场景。积极推动“医保码”在就医购药领域的全面应用,将医保码功能从单一的结算环节延伸到预约挂号、签到就诊、诊疗检查、报告查询、药房取药等全流程场景使用,实现“一码通办”。同时拓展医保移动支付功能,通过微信、支付宝等搭建线上就医小程序,打造线上线下充分融合的医保便民支付方式,参保群众只需通过手机端即可实现就医购药全流程“掌上办”,享受免排队、零接触、秒支付的便捷体验。

精进不休优服务,扩展医保码个性化功能。通过构建医保码下微型“自助服务体系”,引入自助挂号、缴费机等先进设备,实现医保码快速识别与支付,大幅减少患者等待时间。同时,依托

“互联网+”医保服务模式,推出医保全场景刷脸智能结算服务,全程免带卡、免扫码、费用即时报销结算,有效解决“一老一小”等特殊群体就医难题。对已开通医保移动支付的定点医疗机构,增设医保移动支付挂号、待结算消息提醒等便民功能,以满足参保群众多层次、个性化需求,推动医保服务向更高水平迈进。

目前,淮北市所有定点医药机构均支持医保码就医购药,二级以上定点医疗机构均实现医保码全流程场景应用,7家三级医疗机构开通医保移动支付。医保码结算率接近60%,在全省位居前列。全市已有96家定点医疗机构安装共170台刷脸设备,累计发生刷脸结算21.82万笔。

5.88万名困难群众 “免申即享”参保资助

■记者 王陈陈 通讯员 王莉

本报讯 市医保局聚焦民生实事,用心用力推进“高效办成一件事”、凝心聚力落实困难群体2024年度资助参保“免申即享”,最大限度减少参保人员办事时间和成本。目前,全市2024年度城乡居民基本医疗保险已资助参保约5.88万人,资助金额达2051.31万元。

政策落实分类资助。按照国家局、省局文件精神,结合本市实际情况,落实分类资助政策。对特困、优抚对象、计生家庭困难户、孤儿、事实无人抚养孤儿给予全额资助,个人缴费0元;对低保人员给予340元资助,个人缴费40元;对监测人口给予190元资助,个人缴纳190元。对于有多重身份困难人员,按照资助金额最高身份进行资助参保,确保医保政策真正惠及群众。

部门协作提前部署。集中参保

期开始前,全市各级医保局对接各级民政、乡村振兴和税务等部门,及时收集各类特殊人群信息,在医保系统标注医疗救助认定信息,并在参保缴费系统启动前按照参保资助后的金额核定征缴计划推送至税务系统,既确保医疗救助对象资助参保免申即享,也为医疗救助对象参保提供坚实数据支撑。

动态监测全面覆盖。集中参保期结束后,各相关部门于每月5日前将动态调整的人员信息报同级医保部门,医保部门在医保信息系统比对参保状态,实时开展数据分析,精准锁定未参保对象。对未参保全额资助对象同步维护其参保状态信息;对未参保定额资助对象,将名单分发给属地镇(街道)进行参保动员,经动员自愿参保缴费的,个人完成缴费的同时医保信息系统的自动调整参保状态信息,确保应保尽保,不漏一人。

市医保局专项整治 重症医学领域医保违法违规问题

■记者 于晓 通讯员 何雨

本报讯 为压紧压实定点医疗机构合理、规范使用医保基金主体责任,确保医保基金安全健康运行,近期,市医疗保障局在全市范围内开展重症医学领域违法违规使用医保基金专项整治行动。

组织开展自查自纠。要求我市9家设有重症医学科(ICU)的定点医疗机构开展自查自纠和问题整改工作,重点核查项目做没做、收费高不高、数量对不对以及有没有按照医保政策进行报销等问题,对自查发现的问题及时整改,并主动退缴涉及违规医保基金。

筛查疑似违规数据。组织数据专家提取医保结算数据和医院HIS数据,通过大数据比对,筛查出虚记

收费、虚增收费、重复收费、串换项目收费等疑似违规数据,并分类汇总,为现场检查提供问题线索,确保“有的放矢”。

开展现场执法检查。抽调业务骨干、医疗专家和第三方数据专家组成检查组,通过病历审核、询问医护人员、核查诊疗项目等方式,对大数据筛查出的疑似违规数据进行逐条核查、逐条确认。目前我市定点医疗机构的现场检查工作已全部结束。

下一步,市医疗保障局将对此次专项整治工作中存在违法违规行为的定点医疗机构,依据相关法律法规及医保服务协议进行处理,守护好老百姓的“看病钱”“救命钱”,为人民群众的健康安全提供有力保障。



医保宣传进社区 服务群众零距离

近日,在相山区西街道南社区,工作人员在向群众讲解医保政策。

市医保局、相山区医保局联合西街道开展“医保宣传进社区”活动,通过面对面宣传、点对点解答、手把手指导、零距离服务,将最新医保惠民政策和最优咨询服务送到群众身边。

■摄影 记者 冯树凤 通讯员 胡文静

市医保局“四聚焦” 全面提升医保经办服务能力

■记者 王陈陈 通讯员 刘刚 李浩

本报讯 近年来,市医保局坚持以服务之“优”促营商环境之“好”,树牢“医保服务也是增值待遇”的理念,打造线上线下深度融合的医保经办服务新模式,以四个“聚焦”推动服务群众、服务基层、服务企业、服务人才走深走实,持续提升群众医保获得感。

聚焦经办规范化建设,夯实服务基础。持续推进医保政务服务事项规范化建设,全面执行“全省一单”,实现事项范围、事项名称、申请材料、承诺时限、办理深度“五统一”。推出“周末办”“预约办”和“延时办”服务,

累计接待参保人员892人次,妥善解决群众在工作日无暇办事、休息日无处办事的困扰。严格落实服务质量最优、所需材料最少、办理时限最短、办事流程最简的服务标准,32项政务服务事项全流程线上可办率100%,实现医保服务“掌上办”“网上办”。

聚焦经办标准化建设,织牢服务网络。强化基层医保能力建设,积极推进医保经办业务下沉,在全市33个镇(街道)和443个村(社区)设立医保服务站或服务点,依托市、县(区)医保大厅,构建了市、县、镇、村及村民组五级医保经办网络体系。打造“15分钟医保服务圈”,投资370万元,在

全市82个网点投放85台医保自助服务一体机,最大化延伸医保业务办理触角,提供医保服务累计达12万人次,实现医保服务就近办、智慧办。

聚焦经办便利化建设,提升服务质效。坚持刀刃向内,全系统深入开展“就医负担重报销不方便”专项整治行动,积极推进包括门诊慢特病待遇认定“网上办”、两定机构协议网签、异地生育津贴“免申即享”等第三批21项便民惠民新举措落地。创新开展在职转退休待遇登记,平均办理时长由20分钟压缩至4分钟,经验做法被国家医保局简报刊登推广,并被市委改革办评为三季度“小切口”典型案例。

革案例。

聚焦经办信息化建设,畅通服务渠道。畅通医保政策咨询和直通道,推出“医保政策地图”,打造医保政策“码上查”“咨询”一号问。全省率先开通医保智能语音客服电话,智能语音知识库扩充至330条,将8小时人工热线调整为“7×24”小时智能语音服务,支持8人同时在线咨询,实现全天在线、全心服务。2023年,累计接听电话10.19万次,其中智能语音服务6.09万次,人工服务4.1万次,有效缓解了以往咨询电话老占线、咨询难等情况,实现“一条热线解民忧”。

■通讯员 郇云

本报讯 3月15日上午,市医保局组织召开2023年度淮北市诊疗新技术新项目专家评审会。医药服务管理科、医保中心审核科和来自我市各医疗专业相关医学专家参加会议。

会上,市医保局党组成员、副局长郑峰介绍了我市当前医保就医形

势,阐述了本次新技术新项目评审的意义。3个专家评审组共19名专家,对涉及25个学科76个项目进行评审论证。

自2022年DRG支付方式改革以来,市医保局积极与医疗机构沟通交流,建立谈判协商机制,对于医院开展填补我市空白的新技术新项目给予激励扶持,持续发挥医保杠杆作用,支持和促进医疗事业发展。

市医保基金安全管理中心 “四严四保”做好2023年度 定点医药机构年终考核

■记者 于晓 通讯员 何雨

本报讯 为强化医保定点医药机构的管理,规范医保服务行为,提高医保服务质量,按照市医保局统一部署,市医保基金安全管理中心积极开展、牵头落实全市2023年度定点医药机构年终考核工作。此次参加考核的定点医药机构共计1004家,其中住院服务资格医疗机构121家、门诊服务机构204家、零售药店679家,经过公正、严格的评审程序,共有836家单位被评为优秀等次。

严密部署,确保机构全覆盖。市医保基金安全管理中心根据市局《关于开展2023年度淮北市医疗保障定点医药机构考核评价工作的通知》文件安排,成立工作小组,负责指导、监督、协调考核工作,按照统一组织、分类考核的基本原则,牵头做好定点医药机构年终考核工作,会同市局相关科室及各县区局密切配合,依职责划分打模块,提高工作效率,确保对全市定点医药机构进行全面考核,做到应考尽考。

严把标准,确保考核全面性。年度考核主要对定点医药机构在执行医疗保障政策、履行服务协议、基

金使用、费用控制、信息化建设等情况进行评价,采取日常检查考核与年终考核相结合的方式,科学设置考核指标,涵盖定点医药机构的综合管理、服务质量、政策落实、信息管理、费用管理等多个方面,确保考核的统一性、全面性。

严格程序,确保考核公正性。按照考核文件要求,坚持公平、公正、客观、真实原则,严格按照定程序,逐项对照评分标准进行评价,实行量化打分制,准确把握考核工作方法,围绕协议周期对定点医药机构执行医保政策情况做出全面、合理、科学评价,系统反映机构全年医保管理工作和履行服务协议情况,确保考核结果公平公正、客观真实。

严肃处理,确保结果运用。坚持目标导向、结果导向与责任导向相统一,将考核结果与日常检查紧密挂钩,对考核结果一般的机构加大监督检查力度,对考核不合格的机构将解除医保服务协议,倒逼定点医药机构规范经营行为,持续优化定点医药机构的服务质量,为人民群众提供更加优质、高效的医疗服务。

立足“四精准” 做实“小包干”

濉溪县扎实推进门诊特殊疾病保障创新试点

■记者 于晓 通讯员 纪永起

本报讯 近年来,濉溪县医保部门认真贯彻落实《中共中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》,针对慢性病医疗服务和医疗保障存在的短板,立足实际,精准施策,扎实推进城乡居民医保门诊特殊疾病保障创新省级试点工作,在县域医共体城乡居民医保基金按人头总额预算管理即“大包干”的基础上,对城乡居民门诊慢性病医保基金分乡镇按人头包干使用即“小包干”,结余留用,合理超支分担,探索了一条慢性病医保基金按人头付费的新路径。

精准测算,确定支付标准。根据慢病试点人群上年度人均门诊和住院医保基金支出情况,综合考虑本年度城乡居民医保基金筹资水平和医疗费用增长等因素,通过精算确定试点慢病门诊和住院按人头包干医保基金定额标准3700元/人,“两病”(高

血压、糖尿病)门诊医保基金定额标准240元/人,家庭医生签约服务100元/人。试点病种由2021年的31组慢性病病种扩大到41组。2021年—2023年试点人群分别为41938人、44317人、46298人。

精准包保,强化早期干预。坚持试点工作推进与实施家庭医生签约制度相结合,试点医疗机构以行政村(社区)为单位,以高血压、糖尿病为突破口,依托医共体“1+1+N”签约管理团队,大力推行试点人群健康管理,建立了232个健康管理单元。镇卫生院公卫管理人员任单元长,负责单元全面管理工作;县镇两级医生任健康指导员,负责健康指导、业务培训等工作;村卫生室家庭医生签约团队以重点人群签约服务为主线,对试点“两病”和慢病人群逐一包保到位,从而强化早期干预、早诊早治,推进各项慢性病防治工作在基层落实。全县重点人群家庭医生签约率84.79%。

精准管控,实现试点目标。试点工作主要目标是“提高慢性病的门诊就诊率,控制住院率。”为此,依托医共体牵头医院慢病管理中心,全面推进以牵头医院为指导、县级公共卫生机构为支撑、乡镇卫生院为主体、村卫生室为网底的四级慢病防治网络,明确了各自的功能定位和职责任务,更好落实分级诊疗。探索建设智慧慢病管理应用系统,通过试点投入1000台穿戴式智能监测设备,实现对慢病患者的动态健康监测和精细化管理,辅助家庭医生管理决策。依托信息技术支撑,对慢性病患者进行全方位风险评估,优化了“筛、管、防”闭环管理流程,做好慢病患者分级分类管理。强化乡镇卫生院慢病门诊建设,倡导慢病一体化门诊,积极推进牵头医院慢病中心与乡镇卫生院建立慢病联合病房,提高基层慢病规范化管理水平。2023年,慢病人群门诊就诊35473人、281684人次,人均门诊就诊6.08次,较上年人均增加0.93次;慢

病人群住院16592人、28743人次,人均住院0.62次,较上年增加0.09次,慢性病住院率控制在合理水平,慢病患者住院增长率低于参保患者住院增长率。

精准考核,兑现结余分配。建立试点工作推进考核办法,完善“月通报、季点评、年考核”工作机制。县委卫健工委统筹推进试点工作,医保、卫健部门强化工作调度和督导指导,及时研究分析试点工作运行情况,解决试点中存在的问题,确保试点工作平稳推进。2022年,修订完善了试点工作考核评分标准和考核结余分配办法。2021年—2023年,连续三年“小包干”基金出现结余,分别结余1530.66万元、1833.65万元、1153.93万元(包括家庭医生签约结余、慢病试点结余、家庭医生签约结余)。依据考核结果,按照县、镇、村4:4:2的比例兑现结余分配。试点结余分配的兑现,充分调动了医共体内各级医疗机构积极性,有效发挥医保基金强基层的作用。