

强化监管 维护安全 我市向医保基金违法违规问题“亮剑”

■ 记者 王陈陈 通讯员 赵勇

本报讯 为进一步强化医保基金监管,切实维护医保基金安全,近期,我市开展2024年医保基金违法违规问题专项整治工作。

动员部署,全面启动。在市医保基金督察联合执法领导小组的指导下,成立由市医保局牵头,市法院、市检察院、市公安局、市财政局、市卫健委等部门

人员组成的专项整治工作专班,联合印发专项整治工作方案,并召开淮北市医保基金违法违规问题专项整治工作会议进行动员部署。

聚焦重点,强化措施。此次专项整治工作为期8个月,通过自查自纠、现场检查等措施,聚焦虚假诊疗、虚假购药、倒卖医保药品等欺诈骗保违法犯罪行为,医保基金使用金额大、存在异常变化的重点药品耗材,骨科、心透、心

内、检查、检验、康复理疗及重症医学、麻醉、肺部肿瘤、口腔等重点领域,全面开展监督检查。

数据赋能,强化监管。为更好地开展专项整治工作,继续通过购买第三方服务,协助医保部门对定点医药机构医保政策执行情况开展现场检查。进一步落实省医保智能监管系统和康复理疗、血液透析智能场景在全市落地应用推广,加快推进淮北进销存、远程查房、

门诊统筹、数据监测项目建设,对医疗服务行为实行事前提醒、事中监管(预警)、事后稽核的全过程监管。

协同联动,形成震慑。市医疗保障局积极主动与纪检、法院、检察、公安、财政、卫健等部门联系,互相配合,信息共享,落实一案多查、一案多处等措施,运用行刑衔接、行纪衔接等工作机制,形成强大的监管合力,发挥综合治理的震慑作用。

我市医保关系转移办理更快捷

■ 记者 于晓 通讯员 王莉

本报讯 市医疗保障局全面落实“高效办成一件事”工作要求,着力推进医疗保障经办服务便民化、信息化运行,业务经办线上线下齐发力,医保关系转移办理更便捷、高效。

线上申请方便快捷。此前,参保人

员办理医疗保险关系转移手续,需要从转出地开具材料到转入地申请。实行线上办理后,参保群众通过微信或支付宝小程序、医保公共服务平台个人网厅即可申请业务,实现“掌上办”“网上办”,避免两地奔波。

线下办理材料优化流程。实行“同城通办”,参保群众可在市区区任意一

家医保经办机构申请业务实现“就地办”。取消转出地《参保凭证》和转入地《联系函》出具两个环节。通过电话、QQ或微信工作群,加强全国范围内业务沟通交流。

业务经办提速增效。之前,两地经办机构通过邮寄材料方式办理业务,受业务信件邮寄、签收等不确定因素影

响,手续繁琐、周期较长。全程线上办理业务后,双方医保经办机构线上及时传递,获取数据;需要线下邮寄业务材料的,改用EMS投递,进一步压缩了业务材料邮寄时间;压缩基金对账周期,由月对账变成周对账。通过以上举措将45个工作日压缩为15个工作日,线上最快当天即可完成。



服务用心 群众欢心

近日,市人力资源服务有限责任公司和淮北市劳动保障事务代理服务有限责任公司分别为市医保局征缴综合窗口送来一面锦旗,表达对窗口工作人员优质服务的感谢。

市医疗卫生生育保险征缴稽核中心推行参保单位职工医疗保险参保登记业务全程网上咨询、在线办理,实现职工医疗保险参保登记“零跑腿”,有效减少了企业办事人员跑趟次数、缩短群众业务等待时间,让办事企业和群众享受到更加便捷、高效的医保服务。

■ 摄影 记者 冯树凤
通讯员 张勇 李佳慧

职工医保“门诊共济” 助力城乡居民医保参保缴费

■ 记者 于晓
通讯员 王莉

本报讯 2024年度城乡居民医保参保缴费工作启动以来,市医疗保障局持续加强职工医保“门诊共济”个人账户用于城乡居民医保参保缴费政策宣传和服务经办工作,助推职工医保门诊共济保障机制进一步落实。

优化缴费平台。按照政策要求、考虑用户体验,积极与省医疗保障信息平台、安徽医保公共服务平台软件方沟通,持续优化职工医保“门诊共济”渠道缴费系统,实现绑定共济账户后缴费一步到位;及时与税务系统共享缴费信息,避免参保群众再通过税务系统重复缴费。

积极宣传政策。自2022年9月底至2024年2月,在各时间节点,通过“淮北医保”微信公众号、微信视频号、抖音视频号、村居广播、操作指南宣传手册等多渠道、多途径持续加大

宣传力度,提高政策和经办流程知晓度。职工医保参保人员通过“安徽医保公共服务”微信小程序办理个人账户共济绑定,添加绑定家庭成员后,即可为统筹区内家人缴纳城乡居民医疗保险参保费。

加强服务指导。无论是集中参保期内居民参保,还是非集中参保期内新生儿缴费,市市区、街道村居各级医保经办人员通过微信群、QQ群、电话语音、现场手把手等方式对线上操作有困难、有疑问的参保群众予以指导,并深入社区内开展“指尖缴费”宣传辅导,组织社区干部集中学习手机缴费的操作方法。

截至目前,全市通过职工医保个人账户余额缴纳2024年度城乡居民医疗保险参保费约4.23万人,涉及参保费用1600.29万元,同比分别增长42.42%、53.92%,职工医保“门诊共济”助力城乡居民医保参保缴费作用进一步凸显。

“三优”改革成效凸显 濉溪县实现 “社保缴费一件事”跨部门联办

■ 通讯员 张春艳

本报讯 今年以来,濉溪县医疗保障局加强与税务、人社部门联动,设立联动经办窗口,打造衔接流畅的“一窗联办”经办机制,为参保群众、企业提供高效便捷的医保服务和缴费渠道。

优化配置,部门协作一体化。多次召开联席会议,聚焦群众、企业办事难点,着力打破部门边界,优化整合业务流程,实现跨部门业务办理。

优化流程,业务经办便捷化。从“多次申报”到“一表流转”,群众办理关联事项办理只需填写一套申报表,由窗口工作人员内部流转办理,进一步压缩办理时限。

优化服务,业务集成标准化。抽调业务骨干,强化业务培训,提高业务办理专业性,让问题解答更加标准,办理流程更加顺畅。参保人在联办窗口即可一次性办理单位职工参保缴费、单位参保信息变更、灵活就业人员参保缴费等业务,做到参保登记业务、缴费业务“一次办好”。

相山区医保局 倾力打造接地气营商环境

■ 通讯员 刘炳坤

本报讯 近日,相山区医疗保障局收到一面写有“营商环境接地气,客商满意唱赞歌”的锦旗。

陈先生是外地客商,来淮投资了一家眼科诊所。眼科诊所所在淮纳入医保属于首例,本以为办理过程会相当繁杂,但在区医保局工作人员的积极协调下,陈先生快捷顺利地完成医保纳入流程。陈先生感慨,在

淮北真切感受到接地气的营商环境。

今年以来,相山区医保局以推进医保领域“高效办成一件事”为契机,以医药机构准入一站式服务为着力点,持续提高医保政务服务水平,助力医保领域营商环境优化。全区累计接待30余家医药机构定点准入咨询,完成2批27家医药机构定点准入工作,有效提升医药机构对医保工作的认同感。

杜集区医保局拧紧监管弦

■ 通讯员 陈令武

本报讯 今年以来,杜集区医疗保障局不断强化医保基金监管举措,着力健全完善长效机制,筑牢医保基金监管防线,切实维护医保基金安全。

强化监管举措。着力抓好全面排查、重点抽查、交叉互查,突出病历审核、视频监控、现场稽查、数据筛查等重点,不断延展监管维度。

健全监管机制。落实与辖区

定点医药机构协议的网上签订,推动行政执法、协议管理与信用体系建设的充分融合,提高医保信用评价的公信力,拓宽信用评价结果应用场景;强化社会力量参与,发挥社会监督员作用,规范信访举报和问题线索管理,着力织就一张全民参与的“基金安全守护网”。

守牢安全底线。综合运用司法、行政、协议等手段,构建预防为主、处罚为辅的监管网络,引导医药机构依法、合理使用医疗保障基金。

烈山区医保局强化服务意识 意见“码”上提 服务立刻到

■ 通讯员 葛保勇 宋悦

本报讯 今年以来,烈山区医疗保障局以“病患无情 医保有爱”党建品牌为抓手,积极推行“五零服务”模式,推动医保服务更好地契合群众期望和需求。

群众意见“码上知”。引导辖区85家定点医药机构制作满意度调查二维码,并张贴在显眼位置。群众通过扫描二维码,可以对两定机构的医保服务及医保基金使用情况进行评价和意见反馈。

监管工作“马上督”。积极发挥社会监督作用,及时收集整理群众反馈意见,推动问题整改,促进服务水平提高,保障医保基金安全,真正让“二维码”变成“意见传递码”,切实打通联系服务群众“最后一米”。

群众诉求“马上办”。秉承点对点、实打实、心贴心的理念,全面提升人民群众的获得感、满意度,目前共收到简化药店门诊统筹手续等政策方面意见建议16条,并及时反馈到上级医保部门,寻求解决办法。

“高效办成一件事” 推动医疗保障服务提质增效

■ 记者 王陈陈 通讯员 李浩 刘刚

本报讯 今年以来,市医疗保障局紧紧围绕医保服务领域“高效办成一件事”合力攻坚,以企业和群众的需求为导向,在工作上突出服务和创新,努力做到医保服务事项“一次办好”,实现医保经办“数据多跑路,群众少跑腿”。

打造智慧医保,实现线上办理“职工医保个人账户家庭共济”。以信息化赋能医保便民服务,依托国家医保公共服务平台APP、安徽医保公共服务平台等6大渠道办理职工医保个人账户家庭共济账户绑定、门诊慢特病申报等多项高频业务,引导更多的企业和群众进行线上办理。今年通过公共服务系统办理各类业务2.8万余件。

推行创新服务,确保“生育津贴审核支付”10个工作日内办结。进一步优化业务经办流程,在参保女职工生育保险待遇医疗费用定点医疗机构“一站式”即时结算的基础上,实现生育津贴待遇领取“免申即享”;在非定点医院机构发生的相关费用,办理时长由原20个工作日办结压缩至10个工作日内办结。今年共办理306人次,支出医保基金232.2万元。

规范月结流程,及时与定点医疗机构结算合规医疗费用。我市制定印发了《关于规范定点医药机构月结对账工作的通知》,统一规范全市医保费用审核、对账、结算、拨付的程序和环节、手工报销费用时限,月度基金拨付周期由30个工作日压缩至20个工作日内完成。

我市布局中医优势病种 按疗效价值付费

■ 通讯员 邸云 徐小远

本报讯 今年以来,我市探索中医优势病种按疗效价值付费,鼓励医疗机构在确保医疗服务质量前提下为患者提供适宜的中医药服务,对中医院的支持方式从“中医调节系数”的全量支持向“级别系数+中医优势病种”相结合的精准支持转变。

科学选择试行病种。按照“中医优势突出,治疗路径清晰、临床疗效确切、费用明确可控”的原则,结合实际和疗效价值付费特点,首批确定“锁骨骨折、肱骨近端骨折、肱骨外科颈骨折、桡骨骨折、尺桡骨干双骨折、胸腰椎骨折”6个病种,作为试行病种。

科学界定临床路径。将试行中医

优势病种纳入病种规范统一管理,明确中西医结合诊断标准、出入院标准、住院诊疗规范、中医主要治疗技术等。要求定点医疗机构及接诊医生严格把握收治标准,对符合条件、拟纳入按疗效价值付费的病例,按照规范的临床路径采取相应的中医辨证治疗、中西医结合治疗。

科学确定支付标准。病种分组及支付标准,充分体现中医药技术劳务价值,并实施动态调整。按疗效价值付费的病例纳入DRG付费范围,付费标准参照对应西医DRG付费病组分值60%比例计算,体现中医“简便验廉”优势,既减轻患者就医负担,又合理增加医院收入,医保资金使用效率有效提高。

利于促进分级诊疗,减轻患者就医经济负担。

规范管理,基金结余留用。采取医保智能审核、智能监控等信息化监管手段,结合现场检查、病历审核实施综合监督,防范“日间病房”按病种付费滥用乱用。医保基金支付定额如有结余由医疗机构留用,有效促进医疗资源合理利用,避免“小病大治”和“过度医疗”的现象发生。

间病房”管理,既有利于医院合理收治、合理治疗,又达到了控制医药费用不合理增长的目的。

定额标准,减轻患者负担。统筹确定病种定额标准,内容包括不设起付线、诊疗期间患者的床位费和护理费减半计算、80%报销比例等。患者在定点乡镇卫生院或社区卫生服务中心住院期间发生的所有费用均计入按病种付费范围。这有

均费用同比降低47.5%,个人负担降低57.8%,患者住院次均减少291.65元,实现患者、医院、医保基金三方共赢。

中西兼顾,就诊管理灵活。首批确定肩周炎等8个中医病种,急性胃肠炎等10个西医病种开展按病种付费。病种患者在基层医疗机构就诊时,当达到普通住院标准且临床认为可以夜间不留院观察治疗时纳入“日

我市基层医疗机构“日间病床”开设实现共赢

■ 记者 王陈陈
通讯员 邸云 徐小远

本报讯 市医疗保障局大力推进基层医疗机构“日间病床”工作成效明显。截至今年4月底,已有37家公立基层医疗机构开设“日间病床”。“日间病床”住院2334人次,医疗总费用274.12万元,医保基金支付总额224.5万元。18个病种的次

均费用同比降低47.5%,个人负担降低57.8%,患者住院次均减少291.65元,实现患者、医院、医保基金三方共赢。

中西兼顾,就诊管理灵活。首批确定肩周炎等8个中医病种,急性胃肠炎等10个西医病种开展按病种付费。病种患者在基层医疗机构就诊时,当达到普通住院标准且临床认为可以夜间不留院观察治疗时纳入“日

剂、苯唑西林注射剂等。通用介入和神经外科类医用耗材共涉及19类27个品种,包含使用量较大的中心静脉导管类、造形导丝、导管类和硬骨钉、硬骨钉类等;通用介入类产品平均降幅65.40%,神经外科类产品平均降幅68.55%。京津冀“3+N”联盟腔镜切割吻/缝合器医用耗材共涉及电动腔镜用

直线切割吻合器及组件等278个品种,中选产品平均降幅55.52%。

下一步,市医疗保障局将常态化制度化推进国家和省药品耗材集采政策落实,强化医疗机构采购行为监管,全力推进集采降价结果落地惠民,切实让患者买得到、用得上质优价宜的集采中选产品,进一步减轻群众医药费用负担。

■ 通讯员 杜春琳 张雨晨

本报讯 自2024年4月25日起,我市落地执行山东联盟中药配方颗粒、河南联盟药品、通用介入和神经外科类医用耗材、京津冀“3+N”联盟腔镜切割吻/缝合器医用耗材等4批集采中选结果,共涉及药品123种,医用耗材305种。