

政务公开要让老百姓看得见摸得着 围绕“七聚焦”打造淮北阳光医保新生态

■ 通讯员 肖亚东 石楚楚

本报讯 今年以来,市医疗保障局始终坚持“公开是常态,不公开是例外”原则,以“七个聚焦”高质量推进医保领域政务公开,着力打造阳光医保,使公开成为自觉、透明成为常态。

聚焦中心工作抓好主动公开。紧扣医保民生领域信息公开,集成式、一站式发布政务服务事项目录、办事指南、办理进度等信息481条,及时公开医疗保障政策举措和进展成效,系统全面准确传递政策取向,动态更新权责清单和公共服务清单,及时编制、发布行政权力和公共服务清单及流程图,应公开尽公开。

聚焦提质增效抓好政策解读。严格落实政策解读与政策文件“三同步”要求,对涉及市场主体和参保群众切身利益的、需要公众知晓的重大政策文件,以群众能看得懂、读得懂、听得懂的语言,从社会关切的利益点、新旧政策的差异点、重要举措的创新点等方面,创作了“淮北大鼓”

“那些年我们使用过的医保”“两分钟帮你搞懂医保卡”的微视频、动漫宣传片17条,做到应解尽解。

聚焦依法依规抓好依申请公开。健全依申请公开登记、审核、办理、答复、归档等工作制度,主动沟通了解申请人真实需求,经局主要负责人阅批后,及时组织有关科室或单位会商研判复杂疑难申请,严格按照规范格式和法定时限答复,提升答复质效的同时,切实防范法律风险。今年以来,共接到依申请公开2件,均在答复时限内办结,申请人表示满意并寄来感谢信。

聚焦功能完善抓好渠道建设。积极拓展政务公开渠道,综合运用报纸、网站、微信公众号及电子显示屏等媒介,有效扩大医保政策传播范围。大力推进政务公开向村居延伸,通过公告栏、明白纸、“大喇叭”、主动上门宣讲等方式,加大居民医保、大病保险、医疗救助、异地就医等与群众切身利益相关政策的信息公开力度。加强智能化政策咨询平台建设,

全省率先启用医保智能语音客服中心,为参保群众提供“7×24小时”自助智能语音服务,累计服务群众26.36万次,实现“一条热线解民忧”。

聚焦防范风险抓好审查清理。完善公开审查机制,实行科室负责人、分管领导、主要负责人“三审三校”制度,依法依规对拟公开的信息进行保密审查,实现信息发布内容从采集、编辑到审核、校对、发布全过程闭环管理。综合考虑信息性质、受众、影响等因素,科学确定公开方式、范围和时限,做到需要广泛知晓的在特定范围内公开,需要保密的坚决保密到位。加强对已公开的信息进行风险排查,及时清理无关、无效、不需长期保留、涉及个人隐私等信息80余条,切实防止信息汇聚引发风险。

聚焦公众参与抓好决策公开。建立健全政策制定公众参与、执行情况评估及公众评价机制,涉及重大公共利益的政策文件,除依法依规应当保密的外,均采取座谈讨论、实地走

访、书面征求意见、向社会公开征求意见、问卷调查等多种方式,听取各方合理化意见和建议,提高决策科学性和执行有效性。对企业、群众、团体等提出的修改意见包括反对意见,组织专家或第三方机构从政策实施背景、实施过程、实施成效、存在问题、产生问题原因等方面进行客观、公正评估,从合法性、合理性、可行性等方面进行分析研究,吸收其合法合理建议意见,进一步激发公众参与的积极性。

聚焦能力提升抓好队伍建设。坚持知行合一、学用结合,将政府信息公开条例等相关政策文件纳入中心组学习,全面掌握政务公开有关政策、具体内容、主体范围、工作要求、操作流程,确保学深悟透、融会贯通。紧扣新时代政务公开工作主题,邀请省医疗保障局办公室领导来淮开展政务公开工作专题培训,进一步提高医保系统干部职工对政务公开重要性的认识以及医保政务公开工作水平。

我市“三加强”推进医药集采工作提质增效

■ 记者 王陈陈 通讯员 杜春琳 张雨晨

本报讯 市医疗保障局始终坚持以推进医药集采惠民政策落实,全面落实落地执行各级各类集采中选结果。今年以来,落地执行第九批国家药品集采、京津冀“3+N”腔镜切割吻合器等6批集采中选结果,组织开展15批集采中选产品供应配送常态化监测,适时评估中选产品供应配送情况。对订单响应不及时、配送率明显偏低、医疗机构反馈供应问题集中的产品,督促相关企业及时足量供应到位,做到提前发现、主动预警,确保产品供应满足临床需求。

加强集采配套政策激励。积极落实医保基金预付、结余留用政策等集采配套激励措施,已拨付16批集采预付金2692.58万元,有效缓解医疗机构、中选企业资金周转压力。联合卫健部门开展集采结余留用专项考核,重点考核医疗机构集采政策执行情况,依据考核结果拨付48家医疗机构8批国家集采药品结余留用资金3087.82万元,强力推进集采政策落地惠民利企,实现群众得实惠、医务人员和医疗机构受激励、医药行业健康发展的综合成效,促进医保、医疗、医药协同发展。

加强采购过程监管。及时组织督导医疗机构与中选企业在规定时间内签订购销合同,根据序时进度督促医疗机构落实采购任务,压实合同履约责任。依托省级医药集中采购平台,开展集采中选产品供应配送常态化监测,适时评估中选产品供应配送情况。对订单响应不及时、配送率明显偏低、医疗机构反馈供应问题集中的产品,督促相关企业及时足量供应到位,做到提前发现、主动预警,确保产品供应满足临床需求。

加强集采配套政策激励。积极落实医保基金预付、结余留用政策等集采配套激励措施,已拨付16批集采预付金2692.58万元,有效缓解医疗机构、中选企业资金周转压力。联合卫健部门开展集采结余留用专项考核,重点考核医疗机构集采政策执行情况,依据考核结果拨付48家医疗机构8批国家集采药品结余留用资金3087.82万元,强力推进集采政策落地惠民利企,实现群众得实惠、医务人员和医疗机构受激励、医药行业健康发展的综合成效,促进医保、医疗、医药协同发展。

县区传真

濉溪县扎实做好新生儿落地参保工作

■ 通讯员 梁玉凤

本报讯 今年以来,濉溪县聚焦“力争到今年年底,80%以上的新生儿在出生当年参保”的目标任务,进一步强化宣传引导,凝聚各方共识,形成部门合力,多措并举提升儿童参保率。

强化宣传引导。深入医院、月子中心、社区等张贴宣传海报,宣传参保政策;通过微信公众号、办事大厅电子屏发布新生儿参保缴费流程图、政策等,详细解读新生儿参保政策、缴费、报销流程等,提升新生儿参保宣传覆盖率。

强化政策保障。分类做好

医疗救助资助参保政策落实。定期从相关部门调取数据,对符合资助条件的困难儿童资助参保,确保应保尽保。进一步畅通门诊共济缴费渠道,支持职工医保参保父母为新生儿缴纳参保费用。

强化部门协同。优化新生儿参保流程,强化卫健、公安、医保等部门业务协同,加快推动落实“出生一件事”集成化办理,畅通新生儿参保“掌上办、网上办”渠道,让新生儿父母通过“安徽医保公共服务平台”即可办理新生儿参保缴费等事项,变“群众跑腿”为“数据跑路”。

相山区织密医保基金安全网

■ 通讯员 刘炳坤

本报讯 为严厉打击欺诈骗保行为,维护公平有序的营商环境,相山区医疗保障局组织精干力量在全区率先启动对定点医药机构的全覆盖检查。3个检查组对全区270家定点零售药店进行现场稽核。

检查过程中,检查组对医保协议履行情况、进销存管理情况、医保政策宣传情况等逐项稽核。针对发现的轻微问题,当场下达责令整改通知书,要求对方在规定期限内整改完毕。针对发现的较严重违约

为,将依据医保服务协议对涉及违规的医保基金予以追回,情节严重者将被暂停相关医保服务。

为切实提升医疗保障服务水平,在开展全覆盖检查的同时,相山区医疗保障局制定了医保工作征求意见表,全面听取和征求监管对象的意见建议,并进行梳理汇总,及时回应和解决定点机构的现实需求和困难,切实做好定点机构医保管理工作,推动“服务群众、服务基层、服务企业、服务人才”在医保领域走深走实,助力优化营商环境。

杜集区强化服务意识做好异地就医服务

■ 通讯员 顾一凡

本报讯 近年来,杜集区围绕“高效办成一件事”,持续强化服务意识,推动参保群众异地就医服务事项就近办、便捷办。

强化宣传,做“政策明白人”。综合运用线上线下多种宣传方式,全方位宣传异地就医政策,异地就医直接结算办理流程。引导异地就医群众通过国家医保服务平台、皖事通、淮北医保公众号等线上备案,为临时外出就医群众提供电话咨询等服务,提高异地就医直接结算办事效率。

优化服务,做“群众贴心人”。开展医疗异地就医直接结算自查工作,规范服务事项和经办流程。不断完善跨省就医管理业务流程,实现参保群众凭社保卡(医保电子凭证)在定点医药机构结算报销,积极破解群众异地就医回参保地报销后“垫资”和“跑腿”难题。

强化办理,做“稳定责任人”。加强业务培训,提高医保工作人员综合能力和业务水平。建立异地就医沟通协调机制,及时解决参保群众异地就医过程中因报销不能直接结算等问题,进一步提升群众异地就医满意度。

烈山区全力做好医保基金监管工作

■ 通讯员 宋悦

本报讯 今年以来,烈山区坚持以人民为中心,多措并举,全力做好医保基金监管工作,护航医保事业高质量发展。

精心组织部署。紧紧围绕“基金监管同参与 守好群众‘救命钱’”主题,组织辖区基层医保经办机构及定点医药机构医保负责人、医保人员等分层分类开展医保基金监管警示教育及医保政策学习,知敬畏、存戒惧、守底线。

提高宣传实效。以区医保经办服务大厅、定点医药机构及基层医保服务站为宣传主阵地,通过发放宣传页、张贴海报、悬挂宣传条幅等方式,开展基金监管宣传教育活动,提高社会各界,特别是两定机构和参保人对基金监管的关注度、认同度和支持度。

强化社会监督。充分调动社会监督员、网格员参与基金监管的积极性,积极联合相关部门开展宣传活动,同时注意收集宣传材料,及时总结经验做好宣传后半篇文章。

话廉洁 守初心

近日,市医疗保障局医保中心党支部开展“倡廉洁 守初心”主题党日活动。活动中,医保中心全体党员干部在廉洁倡议书上郑重签下姓名,表示将自觉绷紧作风之弦,带头遵守党纪党规要求,表达了坚守廉洁自律、永葆初心使命的坚定决心。

■ 摄影 记者 冯树凤 通讯员 舒鹏



市医保局稳步提升职工门诊统筹保障水平

■ 记者 于晓 通讯员 刘刚

本报讯 为切实保障参保职工门诊待遇,市医疗保障局三项举措稳步提升职工门诊统筹保障水平,切实减轻参保职工医疗费用负担,持续释放改革红利。

完善保障政策,门诊统筹待遇水平提升明显。严格执行全省统一的门诊统筹保障政策方案,降低起付标准,提高报销比例和封顶线,待遇向退休人员倾斜,门诊统筹受益面大幅扩大。今年1至5月,全市门诊统筹累计报销35.76万人次,累计支出医保基金4020.75万元,较去年同期提高了388%和1264%。

扩宽报销范围,门诊统筹保障更加便民利民。为方便职工特别是退休职工就近就医购药报销,门诊统筹报销范围由一级及以上医疗机构扩大至未定级医疗机构及符合条件的诊所、门诊部等机构,医疗机构由112

家提高至595家。同时全市136家定点零售药店纳入门诊统筹管理范围,参保职工凭定点医疗机构处方购买基本医保目录内药品的费用,纳入门诊统筹基金支付范围。今年以来,全市共有352家医疗机构和84家定点零售药店实现报销,较去年同期提高了328%。

优化经办服务,开通省内跨地区共济使用功能。在实现职工个人账户市域内家庭共济使用的基础上,自2024年6月1日起,全面开通个人账户省内跨统筹区共济功能,参保职工直系亲属完成授权绑定后,在省内定点医药机构发生的由个人账户支付的医药费用及居民医保参保个人缴费费用均可通过个人账户共济支付。今年以来,个人账户共济支付医药费用涉及5.9万人次,支出资金904万元,较去年同期增长105%;个人账户缴纳居民医保参保费用涉及4.23万人,支出资金1600.29万元,同比增长53.92%。

市医保局开展全民参保“一人一档”基础信息数据库建设

■ 记者 王陈陈 通讯员 王莉

本报讯 为深入推进全民参保计划,市医疗保障局今年开展了全民参保“一人一档”基础信息数据库建设,避免和减少重复参保的同时,加快推动基本医疗保险应保尽保,巩固全民参保成果,实现量质提升。

部门沟通,汇集全量数据。加强与公安部门沟通,实现户籍人口、常住人口数据共享;加强与在淮高校对接,分时间节点掌握在淮大学生基础数据。汇集全量数据后,进行比对、去重,增补要素内容,完善参保信息档案,形成“一人一档”全人群数据库,便于后期与医保平台有效无缝衔接。

分析数据,锁定扩面目标。将现已参保数据和公安部门数据对比,识别出常住人口、户籍人口本地已参保人员,户籍人口本地未参

保人员。将户籍人口本地未参保人员信息在全国医保参保数据库对比,进一步核查对比出25.94万人在外地已参保。将剩余暂未核查到医保参保信息的人员作为参保扩面的重点人群,发挥乡镇(街道)和村居社区的作用,按照“参军”“出国”“服刑”“个人意愿”等几类厘清未参保原因,进一步精确锁定参保扩面工作对象。

建立平台,助力精准扩面。计划在医保系统新增“职工中止参保人员”超3个月数据提取功能,定时对未参保数据与国家库参保数据进行刷新对比,对已参保人员进行及时标识,加强“一人一档”参保数据动态管理。充分发挥“15分钟医保服务圈”队伍和基层网格员作用,采取包干包片包人网格化服务模式,依托“一人一档”参保信息管理平台,集中力量对未参保人员进行面对面、一对一精准扩面动员。

我市优化完善医疗服务价格动态调整机制

■ 记者 王陈陈 通讯员 杜春琳 张雨晨

本报讯 为进一步完善我市医疗服务项目价格管理体系,理顺医疗服务比价关系,近日,市医保局结合实际,优化完善医疗服务价格动态调整机制,推动医疗服务定价工作稳步有序开展。

统一规范调价路径,综合设置启动条件。按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”原则,遵循“设置启动条件、评估触发实施、有升有降调价、医保支付衔接、跟踪监

测考核”的基本路径,实施公立医疗机构医疗服务价格调整。依据参保人员住院费用增长率、居民消费价格指数增长率、基本医疗保险基金累计结余、平均住院率、医疗服务项目成本变化等指标调整医疗服务价格,并适时开展医疗服务价格省市联动调整。

定期调价评估,测算年度调价总量。按年度开展调价评估,符合启动条件的,稳妥有序调整价格,不符合启动条件的,年度内不安排医疗服务价格动态调整。选择反映基金效能、控费效果、经济

增长、物价水平或居民收入变化等相关指标综合确定合理的调整幅度,科学测算确定调价空间,兼顾医疗机构、患者和医保基金三者平衡。

优化选择调价项目,明确调价要求。采取公立医疗机构申报、组织专家论证遴选等方式确定调价项目。重点提高体现技术劳务价值的医疗服务价格,降低设备物耗占比高的检查检验类和大型设备治疗项目价格,支持儿童专科等薄弱学科发展,支持中医传承创新发展,支持公立医疗机构提高服务性收入占

比,并保持周边地市价格水平合理衔接。

优化调价流程,明确调价程序。按照成本和价格调查、专家论证、风险评估、听取意见、合法性审查、集体审议等程序开展医疗服务价格调整。同时规定,在上级定价机关已通过上述程序定价的,市医保与市卫健部门结合本地实际,采取简易程序定价。医疗服务价格调整后,做好跟踪监测和绩效评价及时完善政策,充分保障患者合法权益,推进公立医疗机构管理和服务水平提升。