

# 市医保局严把“四关”筑牢管理防线 精细化准入守护医保基金安全

■ 记者 王陈陈 通讯员 赵勇

本报讯 今年以来,市医保局在纵深推进医保基金管理突出问题专项整治过程中,不断推进医保定点医药机构准入精细化管理,严把申报关、规范关、便捷关、审核关,有效保障医保基金安全运行和广大参保人员权益。

建章立制,严管准入申报。贯彻落实国家医保局和省医保局关于定点医药机构准入有关要求,结合长三角地区先进经验,制定出台《淮北市基本医疗保险医药机构协议管理定点准入实施细则》,从窗口受理到开通服务等9个方面细化工作环节,实现全市协议文本、管理制度、准入标准“三统一”,切实从源头把控定点医药机构准入门槛。

凝聚合力,规范评审流程。建立定点医药机构准入评审专家库,邀请市卫健委、市市场监管局等部门共同参与,随机抽取至少一名评估专家参与定点医药机构现场评审。评价内容涵盖医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等方面,做到程序透明、过程可查、结果公开。

智慧赋能,优化签约服务。建设淮北市定点医药机构协议网签服务平台,定点医药机构可随时通过平台线上发起签约申请,不受时间和地域限制。医保经办机构在平台上初审、复审、签章后即可完成签约,实现定点医药机构签约“零跑腿”。目前,全市1372家定点医药机构均已通过协议网签平台完成2025年度医保协议续签,完成率100%。

多维监督,健全退出机制。常态化



近日,市医保局组织执法人员对全市定点医疗机构开展全覆盖检查。

■ 摄影 记者 冯树凤

开展协议管理监督检查,线上依托医保信息平台对各类医疗服务行为进行智能审核,线下则开展随机抽查、专项检查 and 日常检查等。同时依据《淮北市医疗保

障定点医药机构考核评价工作方案》进行年度考核评价,将考核结果与年终清算、质量保证金返还、医保协议续签等挂钩。同时建立定点医药机构退出机制,

2024年度实现定点医药机构考核全覆盖,其中29家医疗机构中止门诊统筹资格,9家医药机构解除协议,形成“有进有出”监管格局。

## 聚焦问题 多维发力 市医保局夯实医保统计数据“精准基石”

■ 通讯员 赵静

本报讯 今年以来,市医保局主动适应医保征缴工作新形势变化,聚焦医保统计数据中的难点、堵点问题,从三个方面发力,力求医保数据更准确、更全面、更合理。

加强数据维护,提高源头数据质量。清理业务系统中问题数据和异常

参保数据,对长期不缴费的单位或灵活就业人员,做好政策普及并提醒破产单位及时做好账户销户等工作,对业务系统中同一编号的单位或同一身份证信息的个人存在多条参保数据的,分析研判并及时合并账户;今年1—5月,账户销户18条,清理异常数据43条,排查问题数据30条。

细化统计指标,确保数据提取准

确。以国家医保局统计指标口径为基础,细化解读2024年版国家统计局报表编制指标内涵。重点针对参保人数、缴费基数、划入个人账户数、应缴数与实缴数等核心指标,协同县区医保经办机构 and 软件开发商,不断修改各项统计指标提取口径,确保数据提取准确。

强化数据比对,完善统计数据分

析。加强常规审核,通过报表间的勾稽关系找出不合逻辑的数据,分析研判具体原因,切实提升数据质量;加强各业务部门内部比对,对应收数据与实收数据以及当期数据和上期数据进行多维度对比,确保数据合理;加强跨部门比对,每月与税务部门比对实收数据与业务系统中报表数据,确保数据准确无误。

## 市医保局深化医药价格治理减轻群众负担

■ 通讯员 张雨晨

本报讯 为规范医药价格秩序,减轻群众就医负担,市医保局严格落实国家和省医保局决策部署,深入开展医药价格治理,着力优化医药价格环境,切实增强群众获得感、幸福感。

药品价格更透明,药店比价监管常态化。积极探索创新建成“药品比价”小程序,搭建定点零售药店药品价格数据

库,整合辖区定点零售药店药品销售数据,定时采集更新药品价格信息,实现跨机构、跨县区价格比对。小程序使用大数据分析 and 人工智能技术,实现同通用名、同剂型、同规格的药品智能比价,现已累计比对469家定点零售药店802种药品价格,默认按“距离最短、价格最优”原则展示药品信息,群众购药实现“一键可查,智能比价”。

药店价格更规范,风险品种排查精

细化。严格落实省医保局价格治理工作安排,先后组织开展2批26个品种药品药价风险品种核查处置,以药店众数价格为基准,统计梳理全市702家定点零售药店药品销售价格,排查药价异常数据1867条,逐条分析梳理风险类别、产生原因,点对点定向督导相关定点零售药店限期整改。现已完成核查处置工作,药价最大降幅90.8%。

医疗服务更惠民,动态价格调整机

制化。自2024年起,稳步开展3批医疗服务价格规范治理,聚焦区域间价格差距大、成本偏离的项目,省市联动下调15项医疗服务价格,如“血检弹力图试验(TEG)”由280元/次下调至161.5元/次,降幅42.32%。经测算,通过3批医疗服务价格规范治理,每年可节省相关医疗服务项目费用300余万元,既减轻患者医药费用负担,也为协同推进技术劳务类医疗服务价格调升腾出空间。

## 市医保局聚力做好退役军人医保接续工作

■ 见习记者 傅天一  
通讯员 王岳 李娜

本报讯 为切实保障全市退役军人医疗保障权益,市医保局全面做好其医保关系转移接续工作。今年1—5月,医保共济受理并办结退役军人及未就业随军配偶基本医疗保险关系转移接续业务

111件,准确率及满意度100%。

强化沟通交流,把握政策口径。结合医保工作实际,认真学习退役军人医保待遇相关文件精神,准确把握政策口径,切实维护退役军人利益。加强与退役军人事务局交流沟通,强化信息共享,认真落实退伍军入政策,帮助优抚对象解决医保参保和待遇衔接等问题。

强化制度衔接,确保待遇享受。认真做好退役军人医保转移申请和补缴登记工作,对部队退役军人及随军配偶医保关系转移业务予以优先办理;做好跨制度参保衔接,当年退出现役的军人,在居民医保集中参保缴费期结束后可补办居民医保参保手续,中断不超过3个月的缴费次日起享受医保待遇。

强化政务服务,简化办理流程。通过印制发放一封信等宣传方式,告知退役军人相关政策,提高服务对象的政策知晓率。医保经办大厅设立“军人优先绿色通道”,开设线上及线下咨询窗口,认真做好来电来访接待工作,做到有问必答、业务即时办结,实现退役军人医保接续“一次办”服务。

## 市医保局全力解决群众生育后顾之忧 织密生育全周期保障“守护网”

■ 见习记者 傅天一 通讯员 舒鹏 石蕊

本报讯 今年以来,市医保局聚焦生育全周期保障环节中的问题难点,以五项举措提升生育保险政策的针对性和有效性,切实解决群众生育后顾之忧,着力构建生育周期全方位、全覆盖的服务保障体系。

扩面提标,织密生育保障网络。调整我市生育待遇标准,扩大待遇保障人群范围,将灵活就业人员和失业人员纳入生育保险制度覆盖范围。今年以来,

共有167名灵活就业人员和56名失业人员享受生育医疗费用待遇,支出医疗费47.81万元,发放生育津贴63.62万元。

精准保障,破解“生育难”痛点。针对有生育意愿家庭“不能生、不敢生”的困扰,提高生育支持政策的针对性和有效性,将“取卵术”等8个治疗性辅助生殖技术项目纳入医保报销范围。全市377名参保群众享受待遇,累计减轻生育费用负担111.13万元。

减负增效,筑牢产前健康防线。提高参保职工产前检查支付标准,参保职

工产前检查费用实行按人头限额支付,最高支付限额由380元提高至600元,增幅57.9%,有效减轻了生育群体的医疗负担,为优生优育提供了坚实的医保支撑。今年以来,全市产前检查医保基金支出42.10万元,同比增长25.48%。

服务升级,实现津贴“免申即享”。持续优化经办服务流程,简化办事材料、压缩办理时限,实现生育津贴“免申即享”,从20个工作日缩短至在10个工作日内发放到个人,并同步发送手机短信告知待遇发放情况,让生育家庭在“零申

请、零跑腿”中切实感受到政务服务的高效便捷。今年以来,累计拨付1250人、2311.55万元,发送短信通知1250条。

数据赋能,打造出生“一件事”闭环。创新推行新生儿“出生即享”服务,将出生医学证明办理、户口登记、医保参保等5项业务整合为“一表联办”,明确90天内参保可追溯至出生之日享受待遇。建立多部门数据共享动态监测机制,精准筛查未参保新生儿并开展入户提醒。今年以来,4427名新生儿完成参保,实现从“出生”到“参保”“零跑腿”一站式服务。

## 市医保局织密全链条监管网 守护定点零售药店基金安全

■ 记者 王陈陈 通讯员 赵勇

本报讯 为防范医保基金在定点零售药店“跑冒滴漏”,市医保局从政策宣传、定点准入、智能监管、专项整治等多维度强化定点零售药店监管。

多维宣传强意识,筑牢法治“防护墙”。在定点零售药店张贴宣传海报、设置宣传游走字幕、摆放宣传资料,发布《致全市各零售药店及从业人员倡议书》,强化主体责任;组织线下专题培训,解读医保政策法规,通报典型案例,引导树立法治意识。

严审准入筑根基,规范流程“把好关”。严格落实国家及省准

部门参与,随机抽取专家进行现场评审,评价内容涵盖多领域,确保程序透明、结果公开。

智控网络全覆盖,数据赋能“无死角”。在全市定点零售药店关键区域部署高清智能视频监控,实现交易全流程追溯;利用实时监控系统抽查,结合大数据筛查异常结算记录,为现场检查提供依据。

专项行动出重拳,追溯核查“堵漏洞”。开展药品追溯码疑点数据核查,打击串换、倒卖医保药品等违规行为。通过现场检查、数据比对等方式,核查药品购销渠道及票账货一致性,并利用“码上放心”等平台抽查库存药品,压实零售药店主体责任,规范药品流通。

## 相山区医保局 构建参保长效“动力引擎”

■ 见习记者 杨紫晶 通讯员 宋琦

本报讯 医疗保障是民生福祉的关键支柱,与每一位居民的生活紧密相连。相山区医保局积极落实参保长效机制,开展政策宣传,确保各项医保工作有序推进。

完善政策培训,提升医保体验。组织镇街工作人员开展医保政策培训,对比政策差异,讲解参保政策限制、连续参保、断保待遇保障、异地就医结算等方面的调整变化;通过提高基层医保人员的服务能力,让其能够向群众清晰地讲解政策,发挥基层网格化管理优势,做好参保动员工作,提高群众对医保政策的知晓率和参保积极性。

加强政策宣传,夯实医保根

基。积极开展政策宣传工作,线上线下多渠道进行政策解读,比如放开放宽常住地、就业地参保户籍限制,为群众参保提供了极大便利;建立居民医保连续参保和零报销人员大病保险待遇激励机制,鼓励居民连续参保;自2025年起,对未在集中参保期内参保或未连续参保人员设置待遇等待期,维护了医保制度的公平性与可持续性。

明确部门协同,凝聚长效合力。明确部门职责,医保部门与税务、民政、镇街等部门实现数据共享。强化部门联动,做好信息比对、业务协同等工作。建立“一人一档”数据库,整合参保人员信息,精准识别未参保人员、断保人员,部门协同开展参保动员工作,健全参保长效机制。

## 杜集区医保局 打造“温度 + 效率”服务标杆

■ 见习记者 傅天一  
通讯员 孙杰杰

本报讯 为切实提升群众医保服务体验,杜集区行政服务大厅医保窗口以暖心服务、主动沟通、高效办理为抓手,全力打通服务群众“最后一公里”,让医保服务既有速度更有温度。

暖心服务零距离。大厅工作人员坚持微笑服务、暖心服务、便民服务,真诚接待来访群众,耐心解答群众问题。大厅内配备老花镜、饮水机等便民设施,针对老年群体提供“一对一”帮办代办服务,真正做到服务有温度、关怀无盲区,群众满意度100%。

主动沟通解疑惑。主动询问群众需求,化身“政策宣讲员”,用

通俗易懂的语言为群众解读医保政策,消除信息不对称带来的误解。围绕办事指南,提前告知办理流程、提醒准备相关资料,让群众对办理流程一目了然,真正实现“最多跑一次”,切实提升群众的获得感、幸福感和安全感。

优化流程提效能。医保窗口持续优化工作流程,压缩审核时限、大力推广即时办结。通过推行“一窗通办”“网上办”等便民举措,让数据多跑路、群众少跑腿,提升办事效率。今年第一季度,区医保服务窗口累计受理各类服务事项6989件次,办结率100%。

下一步,杜集区医保窗口将继续坚持为民服务初心,不断优化服务模式,提升服务质效,为群众提供更加优质、高效、便捷的医保服务。

## 烈山区医保局 四措并举做优基层服务

■ 记者 王陈陈 通讯员 任飞龙

本报讯 近年来,烈山区医保局以“阵地规范化、服务便民化、流程标准化、机制创新化”为抓手,全力推动医保服务向基层延伸,构建区、镇、村、村民组四级联动体系,切实将医保惠民政策转化为群众看得见、摸得着的暖心服务。

阵地规范化,织密基层服务网。按照“有固定服务场所、有专兼职工作人员、有明确岗位职责、有科学管理制度、有统一办事规程、有统一形象标志”的“六有”要求标准,全面推进医保服务阵地建设。全区7个镇(办)医保服务站、63个村(社区)服务室全部挂牌运行,配备79名专兼职人员、668名网格员,实现服务场所、标识标牌、窗口设置统一规范,让医保服务覆盖到每个村组网格,打造群众身边的“15分钟医保服务圈”。

服务便民化,提升群众获得感。秉持服务质量最优、所需材料最少、办理时限最短、办理流程最简“四最”服务理念,为群众提

供贴心服务。针对老年群体等特殊人群,开展“上门帮办”服务;简化办事流程,实现医保业务“即时办、当场结”,让群众办事“零跑腿”。

通过暖心、细心的服务,不断提高群众的幸福感和满意度。流程标准化,跑出办事加速度。落实经办服务事项名称、事项编码、办理材料、办事时限、办理环节、服务标准“六统一”要求,推行“一窗分类受理”模式,镇(村)可办理医保事项达8项以上。优化业务办理流程,复杂业务办理时间压缩超50%,简单业务实现“网上办”“自助办”,以标准化流程推动医保服务提质增效。

机制创新化,激发服务新动能。建立“首问责任、一次告知、限时办结、延时服务、绿色通道、延伸服务”的服务模式,实行统一工作标准,明确岗位设置的精确要求,做到定人、定时、定岗、定责任。群众办理复杂业务从过去来2—3次减少为0—1次,简单业务可以“自助办”“就近办”“网上办”,避免人民群众“反复跑”“到处跑”。