砥砺奋进守初心 步履铿锵逐梦行

——淮北市医疗保障局组建以来工作纪实

2019年2月25日，淮北市医疗保障局挂牌成立。一年来，在淮北市委市政府的正确领导下，淮北市医疗保障局牢固树立以人民为中心的理念，强基础、保安全、抓改革、惠民生、放管服、战疫情，实现良好开局，取得明显成效，为全市220万参保人提供了更加安全、高效、便捷的医疗保障服务，开创了全市医疗保障事业发展新局面。

市委书记黄晓武调研“三医”工作。

“强基础” 医保制度体系“四个首次统一”

全市首次统一城乡居民基本医疗保险和大病保险制度。2019年6月9日，《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）》经市政府24次常务会研究通过；13日实施办法正式印发；19日《淮北市统一城乡居民基本医疗保险和大病保险制度实施细则》印发；7月1日起，新制度正式实施，我市城乡居民医疗保险筹资标准统一为770元/人、年。截至2019年12月31日，全市城乡居民医疗保险参保159.2万人。

全市首次统一城乡居民基本医疗保险和大病保险待遇。印发实施了《淮北市大额普通门诊费用报销与管理实施方案》《关于调整城乡居民基本医疗保险住院保底报销比例的通知》《淮北市城乡居民基本医疗保险基金市级统筹实施方案》，实现了城乡居民医保覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理、基金管理“六统一”，城乡居民医疗保险和大病保险基金实现市级统收统支。

全市首次统一城镇职工基本医疗保险和生育保险。2019年12月1日正式实施《淮北市生育保险和职工基本医疗保险合并实施方案》，实现了统一参保登记、统一基金征缴和管理、统一医疗服务管理、统一经办和信息服务，基金共济能力和综合管理效能进一步提升。

全市首次统一定点医药机构医疗服务协议。制定实施了全市统一的定点医药机构医疗服务协议，进一步细化、规范医疗服务协议条款，对界定清楚的违约行为和明确的违约责任全部纳入协议内容。一年来，共与425家医疗机构和648家零售药店签订了2019年度医疗服务协议，为我市定点医药机构协议管理工作夯实了基础。

“保安全” 医保基金监管“四个走在全省前列”

部署速度走在全省前列。出台打击欺诈骗保实施方案，将4月份定位“打击欺诈骗保行为维护医保基金安全”宣传月。召开工作动员会、推进会和专题培训会8次，对打击欺诈骗保工作进行再宣传、再动员、再部署，签订承诺书500余份。

规格之高走在全省前列。全省首家成立由市政府主要负责人任组长，14个单位、部门负责人任组员的高规格医疗保险基金督察联合执法领导小组，由医保、卫健、市场监管三个部门牵头成立三个联合执法专项检查组，聚焦重点，分类检查，统一处理。有效破解了以往医疗机构违法违规违约行为“多龙治水”现象，初步形成了齐抓共管的新管理机制。

机构设立走在全省前列。鉴于以往缺少专职医保基金安全管理机构，2019年6月15日，经市编委会研究同意，全省首家设立医疗生育保险基金安全管理中心，为正科级全额拨款事业单位，核定编制12名，专职稽核监管医保基金使用。县、区医保基金安全管理机构随后相继建立，进一步加强了基金监管能力。

工作成效走在全省前列。一年来，对全市1100余家医药机构进行全覆盖监管，388家定点零售药店纳入远程视频监控平台。医保智能审核系统审核规则扩充至21条，审核扣除本地医疗费用1600.47万元，审核异地联网结算医疗费用1.39万人次，费用总额29384.46万元。约谈、限期整改定点医药机构234家，暂停医疗服务协议25家，解除医疗服务协议32家并三年内不得申请医保定点，移送公安机关1家；拒付、核减违规费用3275.84万元，行政处罚14.15万元。

“抓改革” 医疗服务制度体系逐步健全

医疗服务价格实现零突破。联合市卫生健康委出台《淮北市医疗服务价格目录（2019版）》。针对4671个医疗服务项目，明确了我市各级公立医疗机构在开展医疗服务时应该执行的价格，补齐了自2003年以来我市没有完整医疗服务价格目录可供执行的短板。

属地责任进一步明确。县（区）政府按照属地监管责任，组织领导辖区内专项治理工作开展，对检查中发现的问题，汇总后统一处理。公安、卫生健康、市场监管等部门按照行业监管责任，建立联席会议制度，健全信息共享、案情通报、案件移送等制度，进一步做好欺诈骗取医保基金事件专项治理工作。同时，明确各县（区）医保部门的日常监管职责，确保权责到位。

按病种付费数量进一步扩大。县医院、县中医院病种数量增加至384种，病种定额按照市级定额标准的90%左右调整。目前，县医院按病种付费执行率达69.45%，县中医院按病种付费执行率达70.52%。

医保医师管理制度全面实施。制定实施了《淮北市实施医保医师制度工作方案》，收集全市定点医疗机构医保医师信息并建立档案信息库，与224家医疗机构的4067名医师签订了《淮北市医疗保障协议医师服务协议》，实现了基本医疗保险由对定点医疗机构服务的监管扩展至对医务人员医疗服务行为监管的延伸，从源头遏制医疗费过快增长。

医保信息系统实现“四保合一”。制定《淮北市医疗保障局信息化平台建设项目规划书》，经市数据资源局两轮专家论证并通过我市2020年度政府性投资项目论证会，得到专家组高度评价。积极协调人社、卫健、数据局等部门，按照“不破不立”原则于2019年12月29日，实现城镇职工、城镇居民、新农合、生育四项保险经办系统整合运行。

“惠民生” 参保群众待遇水平稳步提升

医保扶贫应保尽保。加强落实贫困人口医保扶贫政策的督办力度，明确专人负责联络，加强医保信息系统贫困人口数据与扶贫系统数据比对，确保贫困人口信息准确。实施贫困人口专项台账管理，逐人核准参保状态。一年来，我市城乡低保对象、特困供养人员、建账立卡贫困人口三类困难人群按政策代缴个人参保费用，实现医疗救助政策落实率100%，符合条件困难群众资助参保率100%；全市贫困人口综合医保共补偿15.81万人次，综合医保支出10842.89万元，医疗救助“一站式”结算实现率达到100%。

抗癌药降价落地惠民。出台一系列政策文件，建立“五确保、两考核”机制，36种谈判药、17种抗癌药和4种恶性肿瘤靶向药已全部纳入我市药品目录乙类范围，与9家医药机构签订恶性肿瘤靶向药品医疗服务协议，切实保障抗癌药在我市买得到、用得上、可报销；一年来，市、县人民医院和中医院四家公立医疗机构采购“17+13+X”种抗癌药共计1757.71万元，基金支付1223.38万元，单独预付122万元。

药品集中带量采购破冰。全面落实国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作结果，确保“4+7”扩围工作准时顺利落地见效。全市公立医疗机构医院网采4+7中标药品，采购品规26种，实际采购金额207.73万元，节约资金869.66万元，药价平均降幅为59.70%。

“两病”门诊用药有效保障。联合财政、卫生健康、市场监管等部门印发实施《关于印发<淮北市完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制实施细则>的通知》，患者在定点医疗机构发生的“两病”门诊政策范围内药品费用由统筹基金按55%比例支付，高血压、糖尿病患者门诊用药负担进一步减轻，实现了城乡居民“两病”门诊用药成本总体可控、诊疗规范合理、基金安全可承受、群众减负得实惠。

慢性病保障范围扩大。城乡居民基本医疗保险和大病保险制度统一实施，慢性病保障范围由过去的11种扩大到30种，城乡居民大病保险待遇提高5%，整体保障水平逐步提高。

“放管服” 医保经办服务更加便民利民

异地就医覆盖范围进一步扩大。进一步完善跨省异地就医直接结算体系，全市17家定点医疗机构全面接入国家异地就医结算系统。进一步扩大异地就医结算范围，将外出农民工、外来就业创业人员全部纳入异地就医住院费用直接结算范围，实现外出农民工和外来就业创业人员备案全覆盖。

异地就医门诊费用实现直接结算。2019年9月15日，我市实现了省内异地就医门诊费用直接联网结算；9月23日，我市实现了苏浙沪地区跨省异地就医门诊费用直接联网结算，有效解决了跨省门诊费用“跑腿”报销难、“垫支”负担重等问题，促进了医保数据、流程、财务、管理和服务等多方面的统一规范。

备案渠道进一步拓宽。实行了电话、传真、网站、手机APP等多种方式办理，极大地方便了广大群众异地就医，实现了业务服务“不见面、零跑腿”。一年来，共备案2.24万人次；作为就医地结算异地参保人员医疗费用899人次，费用总额945.52万元，基金垫付634.70万元；作为参保地异地就医直接结算1.40万人次，费用总额29382.83万元，基金支付17043.64万元。

服务水平不断提升。进一步精简证明材料，规范办事流程，简化办事程序，压缩办事时间；制定标准化工作规程，多渠道公开《业务办理服务指南》；推进“一门一网一次”改革，实施“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”，实现了医保事项网上办事实现率100%、掌上办事实现率100%、跑零次实现率100%、承诺期限压缩比75%。

“战疫情” “五个全力”畅通医保“绿灯”

全力做好组织保障。成立新型冠状病毒感染肺炎救治保障工作领导小组，研究制定《淮北市医保局新型冠状病毒感染肺炎防控应急工作方案》，拿出切实可行举措，制定专项工作预案，确保患者不因费用问题得不到及时救治，确保定点医疗机构不因医保总额预算管理规定影响救治，确保疫情期间工作平稳有序。

全力做好资金保障。提前预付资金，对集中收治的定点医院，医保部门采取预付资金形式，减轻医院垫付压力。截至目前，市、县医保局向我市定点治疗新冠肺炎医院共计预付90万元；在医保总额外安排专项资金，对定点医疗机构因治疗新型冠状病毒感染的肺炎患者产生的医疗费用，不纳入医院总额预算控制指标。

全力做好药品保障。建立短缺药品调节机制，及时收集药品短缺信息，协助进行辖区内调剂使用，对确实无法应对的药品短缺，上报省医药集中采购服务中心协调采购。建立药品库存信息日报制度，要求定点收治医疗机构及配送企业每日报送21种药品库存信息，保障医疗机构临床用药需求。建立供应保障预警机制，对治疗药品采购需求48小时内原采购渠道未响应的，应报送预警信息，并立即启动应急采购。

全力做好待遇保障。临时调整医保药品目录和医疗服务项目，将国家卫生健康委《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案》覆盖的药品和医疗服务项目，全部纳入医保基金支付范围。与市财政等部门出台政策，对疑似和确诊为新冠肺炎患者产生的医疗费用，在按规定支付后，个人负担部分由财政给予补助。异地就医医保支付费用由就医地医保部门先行垫付，报销不再执行异地转外就医支付比例调减规定，确保救治为先。

全力做好服务保障。创新经办服务实现“不见面办”，医保业务推行“网上办”“掌上办”“电话办”“邮寄办”等多种模式，开通电话服务热线，实现医保政策咨询“线上答”“线上办”。建立绿色通道实现“及时办”，开通运行集中救治患者的定点医院医保结算系统，保障城镇职工和城乡居民费用结算准确快捷。减少就诊频次实现“便民办”，门诊透析结算实行按项目或按病种两种方式付费，普通慢性病门诊一次处方带药量最高可提高3个月；特殊慢性病和原新农合慢性病申报机构由4家增加至11家。放宽办理时限实现“延期办”。申请城镇职工困难医疗救助延长至2020年2月29日，我市非定点医疗机构医疗费用报销截止日期延长至2020年12月31日前。做好场地防护实现“放心办”。认真做好服务大厅卫生检测、清洁消毒和经办工作人员体温检测等工作，消除经办场所疫情隐患，为参保群众提供安全整洁的服务环境。

“减征收” 四项措施助力企业复工复产

阶段性减征医保费用。自2020年2月起，对参加我市职工医保的企业单位缴费部分实施减半征收，按单位参保的个体工商户、民办非企业单位和社会团体等参照执行，减征期为5个月，为企业减负2.3亿元。

市医保局服务大厅

放宽延期办理时限。缴费人受疫情影响，无法按时办理参保登记、缴纳职工医保费的，可继续延期至疫情解除后3个月内补办、补缴，期间不加收滞纳金，不影响个人权益。

实施缓缴补缴政策。受疫情影响生产经营出现严重困难的企业，经申请、认定并签订协议后，可给予6个月的职工医保费缓缴期。缓缴期满后，参保企业在缓缴协议规定期限内补缴职工医疗费并免收滞纳金。

优化医保经办服务。保障职工医疗（生育）保险待遇支付，实施减征和缓缴不增加参保单位事务性负担，不影响参保人享受当期待遇。继续按原基数和比例划转职工医保个人账户资金，做好个人权益记录。

回首走过的一年，是我市医疗保障工作取得丰硕成果的一年。2019年11月27日，市委书记黄晓武调研“三医”工作，对市医疗保障局成立以来工作开展情况给予充分肯定。一年来，全市医保人在拼搏中奋进、在务实中为民、在改革中创新、在无我中奉献，谱写了新时代医保人的壮丽诗篇。展望未来，医疗保障事业的明天必将更加美好。全市医保人将在市委市政府的坚强领导下，开拓进取勇担当，怀揣梦想再起航，携手共创医保事业更加辉煌的未来！

市医保局远程视频监控系统

“七一”前夕，市医保局党员到淮海战役陈官庄纪念馆学习参观。