

市医保局积极推进“一件事一次办” 画出便民服务“同心圆”

■ 通讯员 姜宇

本报讯 为进一步提高医保服务效率,精简业务办理环节,市医保局积极推进“一件事一次办”改革,整合再造办理流程,加强部门数据共享,实现“一窗口受理、一链条办事、一站式服务”,大大提高参保群众医保便民服务体验感、满意度。

锚准群众需求“圆心”,简化办理流程。同城通办。以群众需求为引领,打破传统参保地经办模式,实行“同城通办”,凡是淮北市参保人员,不再区分参保地,即可就近向市本级、县(区)任一

医保窗口办理。一窗通办。对全市31项医保服务事项进行全面梳理,进一步简化办事流程,全面落实“一窗式”综合柜员制,实现事项名称、经办方式、申办材料、办理流程、办结时限、服务标准、政策依据、办理条件“八统一”,让群众办事“只进一扇门,只取一个号,只在一窗办”。

延伸服务触角“半径”,下沉高频事项。网格就近办。逐步构建医保五级经办网络,淮北市33个乡镇(街道)和443个村(社区)均设立医保服务站或服务点,农村网格化服务覆盖率达100%。一体机自助办。82个镇、村、政

务服务大厅和定点医疗机构投放医保自助服务一体机85台,异地就医备案等39项高频医保事项可就近办、自助办。自2023年2月投放医保自助服务一体机以来,共提供医保服务12万人次。

扩大医保普惠“圆周”,完善便民举措。省内就医无需备案。取消省内异地就医备案制度,我市参保人员在省内联网定点医疗机构就医,无需再办理异地就医备案登记手续,可凭身份证、社会保障卡、医保电子凭证直接结算。跨省购药“一刷即结”。2023年12月15日,我市正式上线职工基本医疗保险个

人账户跨省异地定点零售药店直接结算功能。全市参保职工无需办理任何手续,即可在省内外异地定点药店,持社保卡或医保电子凭证刷卡、刷码直接购药结算,大大方便参保群众跨省异地购药。推行“新生儿出生一件事”。完成“新生儿出生一件事”平台搭建,通过畅通网上审批、部门数据共享、精简办事材料,将原来需要多部门跑腿的新生儿参保业务改为“掌上办”“秒批秒办”,新生儿监护人在安徽省政务服务网申请后无需等待即可完成新生儿医保参保登记,新生儿出生后,享受“出生即参保、落地即享受”的待遇保障。

市医保局创新“联动模式” 守好群众“看病钱”

■ 记者 王陈陈 通讯员 赵勇

本报讯 2023年以来,市医保局持续保持打击欺诈骗保高压态势,创新建立“联动式”监管模式,通过强化部门协作、市域联动、跨省协同联动等手段,推动全市医保基金监管全覆盖、无死角、零盲区,切实管好群众的“看病钱”。2023年累计追回医保基金842.33万元。

交叉互查,加强市域联动。加强和规范定点医疗机构对医保基金的使用管理,实施“双随机一公开”监管机制,建立医保监管随机抽查清单,市局对县区落实监督检查责任情况进行飞行检查,明确流程和操作规范,同时抽取各县区既往监督检查中存在问题较多的定点医药机构,以交叉互查的形式开展现场检查。市、县(区)医保局协同配合、取长补短,共促共进,督促建立互学互助新模式,提高医保基金监管的实效性。

一案多查,加强部门联动。加强部门协调联动和移送机制,综合运用司法、行政、协议等手段,夯实权责管理和属地管理责任。完善一案多查、一案多处工

作机制,充分发挥与公安、卫生健康、市场监管等部门的监管合力,加强数据信息共享和比对分析,强化案情通报。健全重大案件联合查办制度,深挖涉及医保基金使用的腐败问题,强化联合惩戒,促进医保、医疗、医药协同发展和治理。成立案件审理委员会,建立健全欺诈骗取医保基金案件移送行刑衔接、违法违规线索移送纪委监委查处衔接机制。

徐淮合作,加强跨省联动。联合徐州市医保局联合印发《徐州、淮北两地医保基金监管合作方案》,明确年度阶段目标、工作重点及工作要求;探索跨省异地监管资金追回路径,与徐州市医保局商定跨省异地监管追缴资金处理划账问题,明确跨省异地监管进行联合检查时,由被处理的医疗机构直接将违规资金转入淮北市医保基金支出户。两地联合开展医保基金监管异地协同联动,2023年,除检查与淮北签订协议的定点医疗机构外,还将就医量和基金使用量靠前的徐州市定点医疗机构作为检查重点。2023年12月,对徐州市5家定点医疗机构开展以抽查病历为主的协同联动,追缴医保基金7.1万元。

市医保局“三举措” 力促集采政策惠民落地

■ 见习记者 李雯雯
通讯员 杜春琳 张雨晨

本报讯 药品耗材集中带量采购是解决群众“看病贵”“药价贵”的重大战略部署,是深化医疗保障制度改革的重要内容。为切实降低参保群众看病就医负担,节约医保基金支出,提高医保基金使用效率,市医保局多措并举积极推动药品耗材集采成果落地。

提高思想认识。积极引导医疗机构及医务人员优先采购使用集采产品,适时开展政策解读,切实增强落实集采政策的责任感和使命感。及时协调解决医疗机构在报量、采购、回款及使用等方面问题,2023年9月,实地走访9家乡镇卫生院22家村卫生室,发放并收集79份调查问卷,现场反馈、实地解决,以调研推进下一步工作有效开展,确保集采工作畅通有序。

强化日常管理。依托省医药

采购平台实时监测医疗机构集采药品采购进度,适时进行通报提醒,提醒督促督促医疗机构完成采购进度,对进度滞后的单位进行约谈,推动医疗机构立行立改补齐短板,现已累计落地21批各级各类集采中选结果,平均降幅超过50%,节约资金近4亿元。积极落实国家集采医保资金结余留用政策,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,全面提高医疗机构集采积极性,确保各批次集采任务圆满完成。

加大政策宣传。常态化开展政策解读,充分利用电视报道、平台发布等宣传形式,以市传媒中心电视频道、《淮北日报》、官方网站、公众号为宣传阵地,发布集中带量采购政策宣传信息50余篇,不断提高群众认知度和政策知晓率,让更多群众充分享受质优价宜的集采改革成效。

走村入户广动员 “慢病”政策暖民心

近日,市医保局赴刘桥村开展慢性病政策入户宣传活动,对慢性病的申报及待遇享受政策进行详细解读。

此次宣传慢性病政策活动,让农户了解好政策,减少符合政策农户的家庭负担,使政策帮扶发挥更大作用,助力乡村振兴。

■ 摄影 记者 冯树凤
通讯员 李宇



市医保局积极参加 国家及省飞行检查 工作获省局表扬

■ 见习记者 李雯雯
通讯员 何雨

本报讯 近日,市医保局收到省医保局发来的表扬信,充分肯定了检查组全体成员展现出的专业素养和敬业精神,对市医保局在执行飞行检查任务过程中的严谨态度和高效工作给予了高度评价。

两项飞检任务的顺利完成,不仅维护了医保基金安全,提升了监管能力,同时也彰显了淮北医保人良好的精神风貌和扎实的业务素质。新的一年,市医保局将严格落实市委、市政府和省医保局工作部署,深化医保基金监管工作,创新基金监管方式,切实维护好医保基金安全,全力保障人民群众的“看病钱”和“救命钱”。

2024年度城乡居民医疗保险缴费时间 延长至2月底

■ 记者 王陈陈 通讯员 王莉

本报讯 2024年度城乡居民医疗保险缴费时间延长至2024年2月29日。请需参保的居民抓紧办理参保登记、缴费手续,每人380元/年。

缴费方式:通过微信小程序“安徽税务社保缴费”、支付宝小程序“社保缴费”、皖事通APP“更多服务”中选择“税务服务”-“城乡居民两险缴费”直接进入税务系统缴费。通过淮北医保微信公众号选择“城乡居民(税务系统)缴费”或“城乡居民(个人共济账户)缴费”。到户籍地或居住地镇(街道)、村(居)委会线下办理缴费。

新参保居民,先参保登记后缴费。参保登记方式:通过淮北医保微信公众号线上自助参保登记或到户籍地、居住地镇(街道)、村(居)委会

线下办理参保登记;缴费方式同上。

部分参保人办理参保登记时系统提示“异地有参保登记信息”,请先联系原参保地办理暂停参保后,再在淮北办理参保登记。外地参保已暂停,在淮北仍无法正常参保,可能是因为系统数据更新不及时。停保6小时后,如果仍然无法在本地参保,请联系原参保地经办机构重新上传同步数据。

缴费成功48小时后,从淮北医保微信公众号的“服务大厅”进入后,在最下方一栏选择“查询”,根据需要点击“个人参保信息查询”“个人缴费记录查询”,即可查询自己的居民医保缴费状态。

参加由政府举办的城乡居民基本医疗保险,是公民的一项合法权益。居民参加2024年度淮北市城乡居民医保一次性缴纳380元/人,同时

财政资金配套640元/人,共同组成医保统筹资金,用于参保人员就医报销。不参保缴费,即无法享受这项惠民政策,当有医疗费用发生时需自行承担。

登录淮北市医疗保障局官方网站、“淮北医保”微信公众号,可获取2024年度淮北市城乡居民医保政策信息,并了解居民医保相关的待遇和服务政策。重点待遇保障:可按规定享有基本医保、大病保险和医疗救助三重保障。每人每年“慢病和住院”政策范围内医疗费用最高限额为30万元。符合大病保险报销规定的医疗费用,报销最高限额为30万元,合计最高可报销60万元。享受高血压、糖尿病用药保障,慢特病门诊保障,医保谈判药品“双通道”保障。就医便捷,省内自行外出就医不需办理备案手续,可直接联网刷卡结算。

我市医保部门提升便民服务质效 数字赋能参保人员个人信息授权查询

■ 记者 王陈陈 通讯员 赵勇

本报讯 我市医保部门深挖医保数据价值,积极探索合法高效便捷安全的个人医保信息管理机制。截至目前,授权使用模块已接入商保公司和企事业单位共49家,完成个人授权852人次,第三方机构使用820次。在商保投保理赔和企业工会补充医疗保险报补方面,实现了从过去现场办、本人办到线上办、授权办的跨越,为各使用主体提供了优质高效便捷的服务。

聚焦数据建设,深耕医保创新“试验田”。以信息平台为基础,严格遵循建设规范,依托国家(安徽省)医疗保障信息平台公共服务功能,编制实施方案和需求方案。多次与省信息平台沟通对接,根据方案中应用功能建设思路,先后完成系统设计、系统开发、系统部署等系列工作。2022年11月30日,淮北市个人信息授权查询使用模块在安徽医保公共服务平台完成上线试运

行。以方便使用为目标,改善应用体验,完善使用模块改造升级。加强学习交流,赴浙江省衢州市学习先进地建设经验,赴商保公司、企业开展实地调研,听取意见建议。2023年下半年以来,在模块上增加了数据字段、医疗类别、搜索查询和预览打印界面,很大程度上提高了查询效率和使用体验度。以省市联动为保障,积极争取省医保局和省信息平台的鼎力支持,对方案制订、上线运行、升级改造中的实际需求,给予大力指导帮助。

聚焦数据安全,筑牢规范标准“安全坝”。高效推进试点工作,提高安全有效的线上医保服务。坚持数据安全底线,根据《医疗保障数据分类分级管理规范》《医疗保障系统数据安全事件监测与应急管理办法》,就业务流程和数据交互方式等问题与本地数据资源局和省信息平台反复研讨论证,以确保参保人授权和查询各项数据安全。坚持系统规范建设。严格按照国家医保

局相关规范开展系统建设,根据参保人员个人信息授权查询和使用分级分类管理规范库,开展个人信息敏感等级授权。对敏感2级和3级信息,采用限定查询频次、限定查询时间段和内容,并对数据进行高级别安全加密、防篡改、添加水印等技术,确保个人信息安全规范建设。坚持合法授权使用。通过实名认证、人脸识别等技术,核验参保人身份信息通过后,才可进行个人信息授权。同时制订《淮北市医疗保障局参保人员个人信息授权查询和使用管理办法》,与第三方机构签订相关保密协议,严控第三方查询使用机构全过程管理。通过国家(安徽省)医疗保障信息平台,在参保人授权范围内,为第三方机构提供敏感1级至敏感3级信息查询功能,确保第三方机构依法依规查询使用个人信息。

聚焦数据赋能,畅通便民利民“高速路”。为实现让医保数据“多跑路”,参保群众“零跑腿”的运行成效,着力加

强推广使用力度。投保理赔准确。目前,平台已接入4家商保公司。在投保业务中,投保时经投保人授权可以获取参保人全部就医数据,能够有效防止“带病投保”情况发生。在理赔过程中,参保人员个人授权+商保直付,实现商保快捷理赔。中国人寿淮分公司结合安徽博思电子票据推送报案提醒,通过授权后信息比对,线上申请,免收纸质资料,实现理赔直付。2023年12月中旬以来,已完成3人次2020.88元的商保直付。二次报销快捷办。淮北矿业集团等参保企业建立了企业工会补充医疗保险,参保职工在基本医疗保险报销后,可通过企业工会补充医疗保险二次报销。目前,平台已接入淮北矿业集团等45家企业单位。经过宣传培训和系统升级改造,参保职工可以授权企业查询预览并打印就诊信息,解决了职工二次报销时,为提供基本医保结算信息需要往返医保经办机构反复跑路的烦心事。

濉溪县推进紧密型县域医共体建设 切实解决群众就医难就医贵问题

■ 见习记者 李雯雯 通讯员 丁杰

本报讯 近年来,县医疗保障局全面落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》,推进紧密型县域医共体建设,进一步减轻群众就医负担。

提高站位,坚持谋而后动。2019年县医保局成立以来,坚决贯彻落实县委县政府打造紧密型县域医共体“濉溪样板”决策部署,立足职能职责,充分发挥医保基金杠杆作用,严格落实“两包”资金不走样,出台城乡居民医保基金预算绩效管理一系列支持政策。每年年初制定包干预算及支付办法,将城乡居民基本医保基金按医共体人头总额预付,按当年筹资总额扣除增量基金风险金(与上年相比筹资增量10%)和大病保险基金后进行预算,将剩余95%的部分作为县域医共体按人头总额预算基金,全部交由医共体包干使用,让医院吃下“定心丸”。优化县域医共体综合绩效考核指标体系,加大医保考核考核分值占比,并根据综合考核结果,按照县镇村6:3:1分配比例及时兑现结余分配,有效激发医共体成员单位同心同向的内生动力,推动形成效益共创、利益共享的“利益共同体”,保证了公立医疗机构“一切以人民健康为中心”的公益性。

深化试点,实现医防融合。2020年,濉溪县实施全省门诊特

殊疾病保障试点以来,针对“两病”(高血压、糖尿病)和常见慢性病人群,将41组常见慢性病医保支付费用由乡镇卫生院按人头包干使用,结余部分按县、镇、村4:4:2的份额分配,有效解决急慢分治的分级诊疗制度落实中,基层医疗机构如何在防病工作中实现待遇保障的问题。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239支“1+1+N”签约管理团队,大力推行试点人群健康网格化管理。把试点“两病”和慢病人群作为家庭签约服务重点,进而探索开展全人群健康单元建设,更好地促进分级诊疗,强化医防融合,推动医共体转型升级。

守正创新,做实“预算”。积极探索DRG付费改革与紧密型县域医共体医保基金包干管理有效衔接路径,认真落实医保基金“双预算”管理,在医共体按人头总额预算管理基础上,以上年度市域内参保住院总费用为基数,适当考虑增长因素,制定2023年度DRG付费总额预算46574.09万元,现总体支付率93.83%,合理确定辖区参保人口市域内DRG付费总额预算,市域外住院就医发生的医保基金支出从医共体总额预算中支出。着力规范医保基金拨付和结算流程,建立健全了医共体激励约束机制,医疗费用快速增长势头得到有效遏制。