

市医疗保障局召开医保数据定向发布会 “三医”协同聚合力 数据赋能促发展

■ 通讯员 舒鹏 石蕊

本报讯 2月25日下午,淮北市医疗保障局召开医保数据定向发布会。全市120家定点医院负责人、医保办主任以及县区医保局和市医保局有关科室、中心负责人参加会议,市医保局二级调研员郑峰主持会议,市医保局党组书记、局长郜锦华出席会议并讲话。

会议公布了全市医保基金收支、总额预算、支付方式改革、医疗服务资源利用等情况,通报了DRG付费医疗机构运行情况,展示了DRG付费改革在减轻参保群众个人负担、提高医保基金使用效能、赋能医疗机构发展方面取得的工作成效,并就数据解读、医保政策执行等问题进行现场解答,交流氛围热烈。

会议指出,医保数据发布是推动“三医”协同发展、提升基金治理能力的关键举措。通过数据发布,有利于提高定点医院医药机构医保基金使用预期,合理配置资源,增进改革协同;有利于加强医保基金管理,提高基金使用效率,维护基金安全。通过加强医保数据与医疗数据的共享使用,有利于定点医院机构完善内部管理,规范服务行为,助推医疗服务水平提升。

会议强调,医保部门及定点医院机构要充分认识到医保数据在赋能医疗机构发展中的重要作用,定期向定点医院机构亮医保基金家底、评两定机构绩



效、稳定医疗机构预期,促进共享共治。要推动医保政策与临床需求深度衔接,聚焦稳定医疗机构预期、区分优劣、基金监管三大方向,借助数据发布合理管控医保基金和医疗机构风险,助力

医疗机构高质量发展,共同维护基金安全。

此次会议的召开,标志着我市在医保数据赋能医疗机构高质量发展方面迈出了崭新步伐,为“三医”协同发展和治

理夯实了基础。下一步,市医保局将充分发挥医保数据赋能作用,以数据开放共享为牵引,持续完善数据发布机制,以公开促理解、以公开促治理、以公开促发展,形成“三医”协同发展改革合力。

推动行业自律 我市开展医保基金自查自纠

■ 记者 王陈陈 通讯员 赵红宇

本报讯 为筑牢医保基金安全堤坝,市医疗保障局组织全市定点医院机构开展违法违规使用医保基金自查自纠工作,打出“查纠结合、标本兼治”组合拳,推动行业自律。

织密查纠网,全域覆盖无死角。将自查自纠主体从定点医院机构拓展至定点零售药店,自查范围包括定点医院机构各科室通用问题,上级规定的心血

管内科、骨科等9大重点领域和零售药店常见问题,以及本地化的口腔医学领域问题,实现自查自纠全覆盖与重点领域结合,构建横向到边、纵向到底的工作格局。

立起规则尺,全面扫描严体检。构建“国家标准+地方特色”指标体系,在省级324条问题清单基础上,结合本地实际扩充至416条。口腔医学领域32项问题清单由市局牵头,我市公立、民营机构口腔科专家配合制定,涵盖共性

与特性问题,实现监管规则“量体裁衣”。这套问题清单成为定点医院机构“体检手册”,让违法违规行无处遁形。

磨砺监管剑,靶向培训强内功。组织开展医保基金自查自纠及医保政策培训,覆盖全市二级及以上医疗机构、县区医保部门和部分连锁药店代表。通过“条文释义+模拟自查+现场答疑”三维教学,提升自查效果。开展监管人员业务培训,创新“法规解读+案例解

“警示+培训”双向发力 市医疗保障局促进医保基金监管提质增效

■ 记者 王陈陈 通讯员 赵勇

本报讯 为进一步筑牢医保基金安全防线,强化定点医院机构维护基金安全责任意识,市医疗保障局积极组织开展医保基金监管警示教育与培训学习。今年已成功举办4场活动,全市医保系统及定点医院机构相关人员共700余人参加。

精心筹备,学训联动。制定详尽的

培训计划,明确活动主题、对象及时间安排,紧密围绕近年来典型案例、常见医保违法违规问题及2025年医保基金监管重点工作开展警示教育与培训学习。同时,特别邀请医保监管业务骨干以及第三方服务公司数据专家进行授课,并组织定点医院机构和医保部门相关人员积极参与。

深度剖析,提升素养。活动对近年

来国家、省、市检查中典型案例进行剖析,就医保相关政策法规进行解读,对2025年违法违规使用医保基金自查自纠问题清单进行梳理讲解,进一步提升医保工作人员和医药机构从业人员的医保政策理解能力与法律素养,有力推动行业自律,规范诊疗行为,切实提高医保基金安全、高效、合理使用的水平。

强化成果,落实整改。为进一步强

化警示教育成果,转化培训成效,要求参加人员认清形势,转变思想观念,履行自我管理主体责任,充分了解医保政策导向。引导全市定点医院机构以案为鉴,警钟长鸣,始终保持清醒的政治头脑,提高思想认识,加强法规约束,杜绝任何侵害医保基金安全行为。同时,要求各医药机构认真开展自查自纠,发现问题立即整改。

亮家底式公开。进一步拓展预算公开深度和广度,预算不仅分维度公开,更是“拉网”式公开所有项目和绩效目标。分维度公开反映“干了什么”“钱花到哪儿去了”。项目和绩效目标展现了项目概述、立项依据、实施主体、起止时间、项目内容、年度预算安排和绩效目标等诸多明细信息,做到数据清晰完整、内容简洁全面。

亮家底式公开。进一步拓展预算公开深度和广度,预算不仅分维度公开,更是“拉网”式公开所有项目和绩效目标。分维度公开反映“干了什么”“钱花到哪儿去了”。项目和绩效目标展现了项目概述、立项依据、实施主体、起止时间、项目内容、年度预算安排和绩效目标等諸多明细信息,做到数据清晰完整、内容简洁全面。

市医疗保障局积极推进部门预算公开透明

■ 记者 王陈陈 通讯员 杜春琳 陈凯凯

本报讯 近日,市医疗保障局在部门网站和政务公开统一平台集中公开局本级和局属各单位2025年预算情况,主动“亮账单”“晒预算”,接受社会公众监督。

透明规范化公开。严格按照《预算

法》《政府信息公开条例》及预算批复情况,在规定时间内统一公开预算。制定公开审核机制,规范部门预算公开内容、公开时间、公开方式等,指导局属单位及时公开部门预算。根据部门预算编制情况,统一公开口径,统一表格样式,标准化、全面化推动预算公开工作。

360度立体化公开。此次亮出的总“账单”,包括预算收入总表、支出总表

等12张报表,向社会公众全景展示了医疗保障部门收支预算整体情况。分“账单”包括基本、项目、政府采购支出表等,分类分层呈现了预算支出具体情况。“账单”说明,对专业名词等重要事项逐一阐述,对数据增减变化情况及原因等详细解读,进一步解析,让预算信息不再“高冷”,确保社会公众看得懂、能监督。

集成办 加速办 免申办 多元办 我市推动医保公共服务提档增速

■ 通讯员 李浩 肖亚东

本报讯 2024年,市医疗保障局坚持将“高效办成一件事”理念变为“高效办成每件事”的实际行动,通过集成办、加速办、免申办、多元办,着力减程序、减跑动、减时间、优流程、优服务、优效能,医保领域16项“高效办成一件事”落地惠民,推动医保服务水平和医疗保障事业发展提档增速。

创新服务模式,关联事项集成办。打破部门间数据壁垒,根据业务关联度

采取“串联”“并联”办理思路,优化办事流程、精简办事材料、压缩流转时间,推动办事流程集成重塑。1.07万名新生儿由“落户才参保”变为“落地即参保”,1.16万名职工办理退休手续由“多部门、多次办”变为“一窗受理、一次办结”,群众满意度大幅提升。

提高服务时效,审批事项加速办。全国首家、全省率先实现与医疗机构医保基金即时结算,变“先审后付”为“先付后审”,基金拨付时间由30个工作日压缩至1天,目前已拨付2468.25万元至3家试点

医院,医疗机构垫资压力有效缓解。加速生育津贴审批流程,领取首月生育津贴时间由原来的30个工作日压缩至10个工作日,发放首月津贴849.16万元。

创优服务理念,多项待遇免申办。加强数据归集共享,变“人找政策”为“政策找人”,医疗救助对象资助参保、生育津贴待遇、器官移植术后、心脏瓣膜置换术后等8个慢特病病种实现“免申即享”,恶性肿瘤等5个慢特病病种实现“即申即享”6.48万人享受“免申即享”“即申即享”服务,参保群众获得感、

幸福感显著增强。

拓展服务渠道,医保业务多元办。推行“网办为主、自助为辅、窗口兜底”服务模式,依托国家医保服务APP、安徽医保公共服务平台、淮北医保微信公众号等线上渠道,34项医保经办服务事项实现“一网办理”,服务群众28.64万人次。打造“15分钟医保服务圈”,42项高频医保服务事项在466家基层医保工作站(点)实现“一体式”就近办理,服务群众17.15万人次,为群众提供“身边的医保服务点”和“口袋里的医保服务厅”。

县区传真

濉溪县 “三严”守护医保基金安全

■ 见习记者 傅天一
通讯员 陈等

本报讯 近日,濉溪县积极作为,把握“三严”,全面启动2025年度定点医药机构违法违规使用医保基金自查自纠工作,全力捍卫基金安全。

以“严”的基调,凝聚自查自纠合力。召开自查自纠动员大会,详细为各级定点医院医药机构医保负责人、定点零售药店代表深入解读政策与工作要点,确保此次自查自纠工作精神传达到位。同时,利用官网、公众号、工作群等全方位宣传,营造浓厚的工作氛围,激发定点医院医药机构参与自查自纠的积极性和主动性。

以“严”的标准,精准定位

违规风险点。聚焦心血管内科、骨科、血液透析、康复、医学影像、临床检验、肿瘤、麻醉、重症医学、口腔等重点领域,以及定点零售药店纳入医保基金支付范围的医疗服务行为、医药费用,要求各定点医院医药机构压实主体责任,对照《问题清单》明细内容,逐项开展自查自纠,把握时间节点,按要求报送自查结果,让自查工作精准高效。以“严”的举措,确保整改成效长效稳固。第一时间梳理定点医院医药机构自查报告,分析问题,建立整改台账,明确整改责任人与期限,实行销号管理。适时开展复查,检验整改成果,防止问题反弹。对整改不力的机构,开展专项检查并严肃处罚,列入重点监管名单。

相山区 “三字诀”助推医保服务暖民心

■ 见习记者 傅天一
通讯员 叶诚诚

本报讯 今年以来,相山区坚持以民为本、为民服务,主动走近群众,念好“广”“优”“伸”三字诀,全力做好新时代医疗保障工作。

突出“广”字,提高政策知晓率。通过“线上+线下”的方式多渠道、常态化开展医保政策宣传。线上通过“相山发布”微信公众号推送政策宣传信息,线下通过向全区定点医院机构、各镇(街道)和村(社区)发放宣传资料、张贴宣传海报、悬挂横幅、电子显示屏播放视频和标语,开展集中宣传和入户宣传活动。

突出“优”字,提升慢病服

务效能。持续推动门诊慢性病病种线上申报体验优化,符合慢性病申请条件的参保患者可随时通过国家医保服务平台APP、“安徽医保公共服务”微信小程序、“淮北医保”微信公众号等渠道,自行申报门诊慢性病病种。

突出“伸”字,畅通异地备案渠道。参保群众可通过国家医保公共服务平台APP、“安徽医保公共服务”微信小程序、“淮北医保”微信公众号等渠道进行自助备案,也可通过医保窗口、备案电话等方式进行人工备案,实现异地就医备案“自助+人工”同时办理。组织各乡镇(街道)宣传异地就医备案政策,收集异地就医备案所需资料,由镇(街道)、村(社区)帮办、代办异地就医备案,保障异地就医人员待遇应享尽享。

杜集区 药品追溯码信息采集工作“提速”

■ 见习记者 傅天一
通讯员 张祥荣

本报讯 今年以来,杜集区加快推进药品追溯码信息采集工作,以药品耗材追溯为切入点,夯实基金监管基础,筑牢群众就医、用药安全防线。

强化专项推进,严格规范采集。召开追溯码工作推进会,明确“应采尽采”目标。建立工作群,及时发布接口改造规范、采集上传流程,统计分析追溯码信息采集情况,实时掌握工作进度。目前144家医药机构已完成接口改造,接入率100%,有序完成系统准备工作。细化日常监管,精准动态指导。收集整理信息采集上传

工作中遇到的问题,加强与卫健部门的沟通联系,协调工程师对接解决,确保信息采集工作落实到位。充分利用智能场景应用,对已安装电子监控设备的144家医药机构,通过实时巡查,及时提醒上传追溯码信息,累计上传有效信息5万余条,定点零售药店采集率67%。

优化考核机制,全面拓展应用。修改完善考核机制,将药品耗材追溯信息应用作为日常审核、基金监管等重要指标,与医保协议签订、两定机构准入相挂钩,充分利用药品耗材追溯码信息防范打击“重复销售”“串换”等违规行为,规范医药机构合理诊疗、用药,确保医保基金安全。

烈山区 扎实做好医保卷宗管理

■ 通讯员 梁雪凝

本报讯 为确保医保业务档案的安全保管、科学存储与高效利用,烈山区根据有关法律、法规、规章的规定,扎实推进医保卷宗管理工作。

规范卷宗内容,健全档案管理标准。设立卷宗档案室,配备标准化档案柜与存储设备。建立统一标准、分类存放、有序管理的工作机制,规定医保卷宗封面、目录、处理决定书、检查通知书、现场检查证据、送达回证、结案报告等内容,确保每份卷宗都能全面准确反映医保业务的处理过程与结果。

实行专人管理,确保档案

规范有序。指定专人负责卷宗管理与归档工作,规范档案的收集、整理、装订、归档及保管。要求案件办结后3个月内完成装订归档,按年限分类、档号排序的原则进行整理,并剔除重复或无保存价值的文件材料,确保目录清晰、材料齐全、手续完备、装订整齐。

强化管理效能,巩固医疗保障基石。构建医保经办服务档案数据库,提升档案资料全面性与规范性,为医保政策及经办规程的制定提供数据支持与参考,推动医保经办服务的持续优化与创新。同时,为基金监管提供确凿证据链,有效提升医保监管部门打击欺诈骗保能力,切实维护医保基金的安全与稳定。