

我市城乡居民基本医疗保险门诊保障机制新闻发布会召开

优化调整相关政策惠民生

■ 见习记者 傅天一
摄影 通讯员 李宁

本报讯 3月24日,市医保局召开淮北市城乡居民基本医疗保险门诊保障机制新闻发布会。据了解,我市门诊保障政策分别从待遇政策、保障范围及保障政策三个方面做了相应的优化调整。

记者从发布会上获悉,去年年底,安徽省医疗保障局联合省财政厅相继下发了《关于进一步规范统一医保基金支付范围的通知》(皖医保发〔2024〕7号)、《安徽省城乡居民基本医疗保险和大病保险待遇保障政策的通知》(皖医保发〔2024〕9号)文件,文件要求从2025年1月1日开始执行,其中针对门诊保障政策做了相应的优化调整,一是统一了全省城乡居民普通门诊、“两病”门诊、慢特病门诊待遇政策。二是扩大了待遇保障范围,将普通门诊、“两病”门诊报销范围由参保县域内扩大至参保市域内一级及以下定点基层医疗机构,并明确普通门诊年度报销限额不低于150元,报销比例不低于60%。三是建立了罕见病门诊保障政策,将罕见病特殊治疗药品费用纳入大病报销,并实行单行支付。

我市城乡居民共有普通



我市城乡居民基本医疗保险门诊保障机制新闻发布会举办。

门诊、“两病”门诊、大额普通门诊、慢特病门诊和罕见病门诊5类。

我市城乡居民普通门诊按照全省统一政策在参保市域内定点的基层医疗卫生机构(如乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心/站)发生的政策范围内医药费用,不设起付标准和单次报销限额,基本医保基

金报销比例由55%提高至60%,年度报销限额150元。办理异地长期居住备案的人员,在备案地发生的政策范围内普通门诊费用,执行参保地普通门诊保障政策。

其中,“两病”门诊,是指参保群众患有高血压、糖尿病需

要药物治疗,但未达到高血压、糖尿病等慢特病鉴定标准的,在参保市域内定点的基层医疗卫生机构门诊发生的政策范围内降血压、降血糖药品费用,不设“门槛费”,报销比例为55%,全年封顶150元,合并两种疾病的,最高支付限额可累计为300元。如果办理了高血压、糖尿病两种慢性病鉴定认定,不再享受“两病”门诊待遇。

门诊慢特病(包含门诊慢

指标4类和标准41项,形成“标准尺”,为全面实施预算绩效管理奠定基础。

事中加强预算绩效全覆盖监控。对整体支出和项目支出的绩效目标完成情况进行全覆盖动态监控,及时分析、解决绩效运行与目标偏离情况,确保绩效目标按计划推

进。针对预算执行进度慢、绩效水平不高等问题,采取定期调度、督查督办、“清单+闭环”等措施,推动绩效管理提质增效。

事后加强结果运用与社会监督。以“同等产出和效益下成本最小”为目标,建立“预算完成评成本、评价完成出标

性病和门诊特殊病)是指病程较长、需长期门诊治疗或用药支持、医疗费用负担较重的慢性疾病或特定重大疾病。

大额普通门诊是指患有重症疾病或顽固性、反复发作需长期门诊治疗和药物支持,且其门诊治疗和药物支持有利于防止严重并发症发生的病种。大额普通门诊费用报销实行“三定”原则,即“定病种范围、定医疗机构、定报销标准”。大额普通门诊是我市特有的惠民政策,就诊报销仅限于我市各乡镇卫生院(分院)、社区卫生服务机构,包含腔隙性脑梗死及脑梗死恢复期、冠心病、高血压、急(慢)性支气管炎(肺)炎、颈腰椎间盘突出(膨出)、糖尿病、手足口病(轻度)、病毒性脑炎、慢性扁桃体炎、功能失调性子宫出血、感染性腹泻、胆囊炎、慢性胃炎、反流性食管炎、慢性胃炎、脑动脉供血不足16个病种,设100元起付线,报销比例为80%,全年累计封顶线为3000元,单次报销封顶700元。一人同时患有两种以上大额普通门诊,按其中一种大额普通门诊就高报销。其中腔隙性脑梗死及脑梗死恢复期、冠心病、高血压、慢性肾炎、糖尿病等5个大额门诊病种与普通慢性病种待遇不得重复享受。

市医保局连续5年获全省医保基金预决算绩效评价一等奖

■ 记者 王陈陈
通讯员 杜春琳 陈凯凯

本报讯 近年来,市医疗保障局以“事前、事中、事后”为主线,积极推动预算绩效标准化、规范化、科学化管理,连续5年获全省医保基金预决算绩效评价一等奖。

事前加强绩效目标与业务紧密结合。市医保局围绕国家、省、市关于预算绩效管理的要求,结合医保工作,精准对接需求,全面梳理绩效管理中的难点、堵点,优化绩效指标设置,制定医保经办服务、基金监管、药品和耗材集采等方面绩效

指标4类和标准41项,形成“标准尺”,为全面实施预算绩效管理奠定基础。

事中加强预算绩效全覆盖监控。对整体支出和项目支出的绩效目标完成情况进行全覆盖动态监控,及时分析、解决绩效运行与目标偏离情况,确保绩效目标按计划推

进。针对预算执行进度慢、绩效水平不高等问题,采取定期调度、督查督办、“清单+闭环”等措施,推动绩效管理提质增效。

事后加强结果运用与社会监督。以“同等产出和效益下成本最小”为目标,建立“预算完成评成本、评价完成出标

准”的绩效评价体系,并将绩效评价结果与预算安排相结合,优化支出结构,提高资金使用效益。同时将专项转移支付和医保领域重点等13个项目绩效评价情况,随部门预决算同步向社会公开,主动接受社会监督,进一步提升评价结果透明度。

市医保局多管齐下 助力失业人员医保无忧

■ 见习记者 傅天一
通讯员 张纪晨 郭红珍 肖亚东

本报讯 今年以来,市医疗保障局积极推进失业人员参保工作,全市3755名失业人员参加职工医保和生育保险,有效保障了失业人员的医保权益不受影响。

市医保局加强与人社、税务等部门协同配合,建立常态化沟通协调机制,定时接收审核失业人员信息,同步完成参

保登记和待遇核定。并第一时间推送税务部门,实现失业人员参保业务无缝对接。切实保障失业人员在领取失业金期间职工医保待遇不间断、不降低,享受待遇期限与领取失业保险金期限一致。

扩大保障范围,切实提高生育保险待遇。将失业人员纳入生育保险保障范围,领取失业保险金人员在参加生育保险期间生育的,与参保地企业职工享受同等生育保险待遇。

■ 记者 王陈陈 通讯员 舒鹏

本报讯 为进一步提升医保基金使用效率,切实推动医保惠民政策落地生根,市医保局率先在全省范围内启用医疗保障智能监管模块以来,确保住院待遇审核管理全覆盖,为参保群众筑牢“医有所保”的坚实防线。

完善规则,夯实智能监管基准线。全量上线省级平台智能审核规则326项,同时结

合日常审核管理、飞行检查、医药机构反馈等线索,新增本地化规则27条,发挥信息化平台作用,持续丰富智能审核“规则库”,实现审核标准与政策调整、临床实践“双同步”。

科技赋能,融合大数据分析、人工智能算法,实现全市定点医疗机构住院费用智能审核全覆盖。通过数据采集传输、比对、违规筛查等环节,应用规则实现诊疗行为、费用构成、药品等维度的立体化分

析,准确识别疑点,构建起“数据跑路、智能研判”的新型监管体系。2024年累计筛查住院结算信息34.56万条。

2024年智能审核系统累计查出疑似违规信息8.25万条,通过初审、申诉、复审、合议、终审五级全链条审核机制,确认违规数据2.82万条,涉及违规金额283.04万元。有效遏制了医保基金的不合理支出,守护了群众的“看病钱”“救命钱”。

理账户信息核对,账户清算、数据归档等关键环节全面梳理,确保医保账户资金安全、账目清晰。持续强化各环节的执行力度与协同配合,让每一笔医保资金的去向都有迹可循,切实维护医保体系的公信力,保障广大参保群众的切身利益。

市医保局多维发力 推进国家药品集采工作提质增效

■ 见习记者 傅天一
通讯员 刘博文

本报讯 近年来,市医疗保障局聚焦药品价格虚高难题,以“降药价、惠民生、提效能”为目标,通过“精准施策、精细管理、精心服务”等途径多维发力,全链条推进集采工作提质增效,切实减轻群众用药负担。

精准施策强基础,数据赋能提质效。市医保局着力构建医药采购全流程信息化管理体系,依托省级医药招采平台动态监测采购进度,确保报量数据真实完整、任务落实及时高效。2024年,全市全面完成7批国家集采药品采购任务,总量达10550.07万片(袋/粒/支),任务完成率达245.03%。同步探索建设淮北市药品耗材医保基金直接结算监管及医药价格监测应用项目,推动实现“医药采购一配送一入库一结算一使用”的全流程闭环管理。

相山区医保局—— 多措并举助力营商环境优化

■ 通讯员 刘炳坤

本报讯 今年以来,相山区医保部门坚持为民办实事、为企业环境的服务态度,为参保企业和参保群众提供高效优质的医保服务,为优化营商环境贡献“医保力量”。

精简流程,优化经办服务。全面推进“15分钟医保服务圈”建设,方便群众及企业“就近办”“家门口办”,同时积极深化“医保码”场景应用,加快实现医保码就医购药全流程应用,优化医保经办服务制度体系和软环境。今年以来,已累计办结企业相关业务4366件,定点医药机构结算率始终保持在70%以上,切实提供了高效便利的政务服务。

严格监管,促进公平竞争。严厉打击各类违法违规行

为,通过精细化管理,自主分配激励活力。该局充分发挥医疗机构医药采购自主权,引导医疗机构结合临床需求、产品特性、行业发展趋势等科学、合理、自主确定集采产品协议采购量,督导医疗机构加强账号权限管理,实行“专人专岗、责任到人”,杜绝虚报错报、量价脱节等“带量不实”问题。目前,全市医疗机构集采药品实现精准报量,采购计划与临床需求匹配度显著提升。

市医保局深化结余留用政策激励,组织开展到期批次国家集采药品结余留用资金测算及考核工作。截至目前,累计拨付48家医疗机构集采结余留用资金3087万余元,激励医疗机构主动、优先使用集采降价产品,推动实现医疗服务全过程控费降本。2024年拨付5批集采预付金940.91万元,累计拨付3479.46万元,有效缓解医疗机构与企业资金压力,压缩集采回款周期,形成“高效执行、多方共赢”的良性循环。

杜集区医保局——

服务群众“零距离”

■ 通讯员 谢利利

本报讯 今年以来,杜集区医保局通过线上线下双线并行,推出系列便民利民举措,切实解决群众在办理医保业务过程中遇到的急难愁盼问题。

线上服务“恒常心”。积极推广“国家医保服务平台”APP、微信公众号以及医保掌上业务办理平台等,实现参保登记、信息查询、异地就医备案、医保关系转移接续等多项服务事项“线上办”,网上办理3490余件,办结率100%,真正实现医保服务24小时“不打烊”,让群众足不出户即可轻松办理医保业务。线上解答耐心细致,服务热线日接听75人次,办结率100%。

线下服务“至诚心”。推行“综合柜员制”,简化办事流程,设置3个医保业务综合窗口,实现“一窗受理、一站服务、一次办结”。加强业务人员的综合培训、轮训,提升综合柜员业务经办能力。今年以来,线下办理业务1800余件,大大缩短群众等待时间,全面提升医保服务质量和效率。

延时服务“暖人心”。为最大限度满足办事群众需求,杜集区医保局推行延时服务机制,在业务办理上打破时间限制。截至目前,已累计提供业务办理延时服务18人次,有效解决群众在非工作时间办理医保业务难题,赢得群众一致好评,实现“服务零距离,满意在医保”。

烈山区医保局——

开展专题培训解读医保政策

■ 通讯员 任飞龙

本报讯 为进一步推动城乡居民基本医疗保险政策精准落地,日前,烈山区医保局举办城乡居民基本医疗保险政策专题培训班,通过“政策宣讲+案例解读+精准答疑”三结合模式,为7个乡镇(街道)70余名社保所负责人、村(社区)医保专员打造了一场干货满满的“医保知识盛宴”。

政策解读,剖析参保要点。对城乡居民基本医疗保险参保政策展开解读,深入剖析参保激励机制,通过正向激励,充分调动居民参保的积极性;阐述断保约束机制,强化持续参保意识,保障居民医保权益;明确待遇等待期规定,让居民清晰了解参保与享受待遇的时间关联,为稳定参保局面夯实基础。

细则讲解,明晰报销流程。针对城乡居民基本医疗保险住院报销政策,详细说明不同医院等级、费用段的报销比例,切实减轻居民住院负担;门诊报销政策聚焦日常就医需求,使小病小痛的花费也能得到合理补偿;大病保险政策作为后盾,为高额医疗费用兜底;门诊慢性病保险政策关注长期病患,保障其持续治疗的经济支持。通过全方位解读,让医保报销不再晦涩难懂。

多元教学,促进学用结合。采用PPT展示、案例解读与现场问答相结合的模式,将复杂的医保政策清晰呈现。现场问答环节气氛热烈,参会人员积极提问,培训人员耐心解答,通过理论联系实际,有效提升了参训人员对政策的理解与运用能力,确保医保政策能够精准落地实施。

开展账户清退 确保基金安全

■ 记者 王陈陈

本报讯 为进一步加强医保基金管理,近年来市医保局积极开展死亡人员医保账户终止清理工作,确保医保基金的安全和可持续运行。

精准摸排,全面梳理数据

“脉络”。对参保人员死亡、出国定居等情况,全面开展梳理摸排。情况核实后,对参保人员因病死亡、因公死亡或出国定居等情形,严格按照相关政策规定,将其个人账户储存额支付给法定继承人。累计摸排1170人,涉及

金额355.36万元。

协同联动,合力攻克清理“难题”。针对无法及时掌握参保人生存状态,去世参保人继续享受医保待遇等问题,加强多部门间协同联动,建立与人社、民政、卫健等部门间数据共享机制,定期获取已死亡

人员数据信息,并结合医保参保数据库进行比对,及时终止清退出未终止的死亡参保人员账户。2024年以来,比对参保人员信息20332条。

健全机制,长效护航数据“成果”。健全完善死亡人员医保账户管理长效机制,全面梳

理能力得到提升,充分发挥健康“守门人”作用,将常见病患者留在本地。

减轻患者就医负担。首批在安徽省基层医疗机构日间病床按病种付费备选病种中选择腰痛病、面瘫病、肩周炎等8个中医病种,慢性胆囊炎、支气管炎、急性胃肠炎等10个西医

病种开展按病种付费。诊疗期间不设起付线,患者的床位费、护理费减半计算,报销比例为80%,患者“白天住院,夜晚回家”,兼顾治疗与生活,大大减轻患者经济负担,减少时间成本。

提升医保基金效率。按病种定额付费,超支由医疗机构承担,结余部分留用,激励合理

减轻群众就医负担 提升医保基金效率

我市医保日间病床服务初显成效

■ 通讯员 邸云 徐小远

本报讯 近年来,市医保局立足医疗保障职能,在基层医疗机构开展日间病床服务,助推医疗机构分级诊疗格局形成,减轻群众就医负担,提升医保基金效率,形成兼顾“医、保、患”三方利益的良性循环。