

筑牢廉洁自律防线 市医保局强化廉政风险防控

■见习记者 傅天一
通讯员 云鹏

本报讯 5月20日,市医保局举办深入贯彻中央八项规定精神学习教育专题辅导报告会,邀请市纪委监委第三纪检监察室有关负责人作专题辅导报告。市医保局主要负责同志

主持会议,局领导班子成员、市纪委监委驻市卫健委纪检监察组负责同志、全体干部职工参加会议。

会议围绕深刻认识党的作风建设发展历程,弘扬党的光荣传统和优良作风;深刻领悟习近平总书记关于加强党的作风建设的重要论述,切实增

强抓作风改作风的自觉性坚定性;准确把握我市当前贯彻落实中央八项规定精神存在的突出问题,一严到底纠治“四风”;推动贯彻中央八项规定精神,纠治“四风”常治长效,将作风建设持续引向深入等四个方面,以“政策解读+案例剖析”的方式进行深入系

统的讲解辅导。与会同志一致认为,报告政治站位高、问题导向明、警示作用强,为干部职工准确把握政策界限、筑牢廉洁自律防线、规范履行为提供了有力指导。

会议强调,要提高政治站位,深刻认识加强作风建设的重要意义。要深化自我革命,

加强全市医保系统干部队伍建设,不断提高政治素质和业务能力,树立良好的医保队伍形象。要锚定医疗保障“奋力解除全体人民的疾病医疗后顾之忧”的根本目标,坚持开门教育,以学习教育的新面貌、新气象推动医疗保障工作取得新的更大成效。

“加减乘除”并举 市医保局打造便民服务新标杆

■记者 王陈陈 通讯员 李浩

本报讯 近年来,市医保局聚焦群众办事需求,通过延伸服务触角、精简服务流程、创新服务模式、破解服务难题四维协同发力,推动医保服务提质增效,持续增强参保群众的获得感和满意度。

“加法”赋能,延伸服务触角。建成覆盖市、县、镇、村的四级医保服务网络,设立466

个标准化基层医保服务站,下沉异地就医备案等12项高频事项。打造“15分钟医保服务圈”,配备85台医保自助一体机,累计服务群众19.85万人次,实现群众“家门口”便捷办理。依托国家医保服务平台、“淮北医保”微信公众号等平台,实现34项医保政务服务“掌上办”,线上服务超8万人次。

“减法”提质,精简服务流

程。深化医保领域“高效办成一件事”改革,生育津贴审核时限压缩67%,1150名参保群众通过生育津贴“免申即享”服务在10个工作日内完成领取,累计发放额达2260.48万元。创新“即时结算”模式,医疗费用拨付周期由30个工作日压缩至1日结算,惠及69家医疗机构,拨付医保基金1.72亿元。异地就医备案等业务实现“即办即结”,群众办事效率显著提升。

“乘法”增效,创新服务模式。在全省率先实现DRG功能模块落地应用,覆盖全市114家医疗机构,结算病例11.68万例,质控通过率99.66%。依托信息化手段,全省率先上线“医保钱包”,实现个人账户跨省共济,累计结算金额达2295.05万元。电子处方流转结算2961笔,金额2295.05万元。推进“网签”服务,实现全市1407家医药机构协议网签全覆盖。

“除法”破障,破解服务难题。为老年人、残疾人等特殊群体办事难的问题开通“绿色通道”。推行“预约办”“周末办”“延时办”等弹性服务,解决群众“上班时间没空办、休息时间没处办”难题,累计办理服务事项150余件。999名群众通过“邮寄办”实现“零跑腿”服务。实行“一窗通办”模式,确保群众办事“只进一扇门、最多跑一次”。



构建“15分钟医保服务圈”

近日,市民在市政务服务大厅医保自助一体机上办理业务。近年来,市医保局积极打造“15分钟医保服务圈”,目前已在全市配备85台医保自助一体机,累计服务群众19.85万人次,实现群众“家门口”便捷办理。

■摄影 记者 冯树风

医保政策热点问答之门诊报销政策

一、城乡居民普通门诊报销篇

问:城乡居民普通门诊在哪一级医院能报销?报销比例是多少?一年能报销多少?

答:在市域内基层医疗机构(乡镇卫生院、社区卫生服务中心以及村卫生室和社区卫生服务站)发生的政策范围内普通门诊医药费用,不设起付标准和单次报销限额,基本医保基金报销比例为60%,年度报销限额为150元(含一般诊疗费)。

问:在市域外医疗机构就诊居民医保普通门诊能报销吗?

答:只有办理了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。

问:在校大学生普通门诊如何报销?

答:在校大学生普通门诊,实行普通门诊统筹资金学校包干使用。大学生放假期间在户籍地门诊看病,返校后持有效票据到校医保办报销相关费用。

问:城乡居民普通门诊

药店能报销吗?

答:普通门诊统筹报销通常仅限基层医疗机构(如社区卫生服务中心、乡镇卫生院、村卫生室等),零售药店一般不能直接报销。

问:城乡居民普通门诊家庭之间可以互用吗?

答:城乡居民普通门诊统筹基金仅限本人使用,不能结转或共享。

问:城乡居民普通门诊报销后自付的部分,可以用自己直系亲属的个人账户资金支付吗?

答:只要绑定了家庭共济账户,可以使用的。

二、城镇职工普通门诊报销篇

问:淮北市职工医保门诊统筹保障政策是从什么时间开始实施的?

答:淮北市从2022年7月1日起执行全省统一的职工医保门诊统筹保障政策,并于2023年10月1日起执行全省统一优化的职工医保门诊统筹保障政策。

问:淮北市职工医保门诊统筹保障政策具体是什么?

答:从2023年10月1日起,职工因疾病原因在符合条件的定点医疗机构普通门诊以及在符合条件的定点零售药店门诊处方外配购药,发生的政策范围内医药费用,均可纳入保障范围。

具体报销政策是这样的,年度内政策范围内费用在一级及未定级定点医疗机构超过200元以上的部分,在二级和三级定点医疗机构超过400元以上部分,分别按照60%和50%的比例报销,退休人员高于在职人员10个百分点;一个年度内在职职工最高可报销2000元,退休职工最高可报销3000元。以上职工医保的门诊统筹待遇,只限于职工本人使用,不结转、不累加。

参保职工在不同等级定点医疗机构之间就诊的,当起付线累计满200元,在一级及未定级定点医疗机构就诊时,可直接享受统筹待遇;在二级和三级定点医疗机构就诊,年度起付线需累计满至400元,方可享受待遇。

参保职工凭定点医药机构处方,在定点药店购买基本医保目录内药品,起付线、报销比例

参照一级及未定级医疗机构。

备注:①参保职工发生的普通门诊费用,经门诊统筹报销后,个人负担的费用不纳入大病保险、医疗救助等范围。②普通门诊统筹与慢特病门诊相互独立运行,互不交叉。

问:在外地门诊就医可以适用职工医保门诊统筹保障政策吗?

答:办理过备案手续的“异地安置退休人员”“异地长期居住人员”“常驻异地工作人员”及异地急诊抢救人员,可在备案地和参保地双向享受普通门诊统筹保障待遇,按照统筹地区报销政策执行。临时外出就医人员在市外发生的普通门诊费用不享受职工医保门诊统筹保障政策。

问:职工医保门诊统筹保障政策,有哪些费用不能纳入报销?

答:①停缴或不按规定缴纳医保保费期间发生的门诊费用;②住院期间发生的门诊费用;③按住院、门诊慢特病政策支付后个人承担部分的门诊费用;④其他不符合职工医保政策规定的医疗费用

(如应当由工伤、生育保险基金支付的及健康体检、疫苗接种等费用)。

问:个人账户里的余额职工亲属能否使用,怎么办理?

答:能使用。职工本人(发起人)个人账户关联的配偶、父母、子女(以下简称被绑定人),可以使用职工本人(发起人)个人账户余额。目前只有双方同在淮北参保的才可以关联共济个人账户。

关联账户余额使用顺序:被绑定人也有个人账户的,只在其个人账户余额不足时,才会按照绑定时间先后顺序依次扣减发起人个人账户余额。个人账户关联办理渠道:职工参保人可通过搜索“安徽医保公共服务”微信小程序【个人账户共济绑定】功能上传相关材料,最多可关联7位被绑定人。

问:已享受过其他政府办补充医疗保障报销的怎么办?

答:已享受其他补充医疗保障报销后个人负担的政策范围内门诊费用,按照参保地报销政策予以补差报销,合并报销金额不超过当次门诊就医费用。

加强预算资金全周期管理 市医保局把钱用在刀刃上

■记者 王陈陈
通讯员 杜春琳 陈凯凯

本报讯 近年来,市医疗保障局不断创新预算资金管理路径,积极构建全面、精准、高效的监管机制,资金使用效益和效率实现“双提升”。

体系化布局。打造“三级联动+清单管理”规划机制。年初梳理资金下达情况,围绕医保信息化、DRG支付改革、智能监管等核心领域,制定《重点项目资金使用计划》,细化30余项任务节点,明确资金分配权重。建立“局长牵头一分管部署一科室落实”三级责任体系,联合财政部门建立“医保一财政”会商机制,形成《预算执行目标责任制表》,将执行成效纳入年度绩效考核。

动态化管控。构建“三色预警+穿透整改”监控体系。设置“红黄蓝”三色预算执行进度预警阀值,执行率≤50%红色预警通报,

执行率50—80%黄色预警督办,执行率≥80%蓝色达标。分析影响预算执行因素,建立整改台账,跟踪、督促资金使用部门核实并整改,确保按既定时限、标准使用资金,促进项目尽快落地见效。截至2025年4月底,全年8个重点项目中5个支出进度>40%,部门整体支出进度为42.40%,同比增加40.64%。

效能化评价。建立“数字溯源+结果倒查”评价机制。依托预算一体化平台,从经济性、效率性、满意度维度,对项目效益和资金执行情况开展“回头看”,检查资金使用与目标是否匹配、是否符合规定用途,是否存在挤占挪用等问题,形成“发现问题—整改落实—完善机制—提升效能”的完整管理闭环。根据上年度绩效评价结果,2025年调减一般性项目3个金额37.80万元,用于绩效评价等级“优”的项目,动态匹配省级资金政策10项,优化本地指标22个。

市医保局落实第十批国家集采政策 护航群众用药惠民生

■见习记者 傅天一
通讯员 刘博文

本报讯 近期,市医保局通过全流程精细化管理,推动第十批国家集采药品高效落地,全市医疗机构协议采购量761.6万(片/袋/粒/支),通过“以量换价”,推动药品价格回归合理区间,切实降低群众用药成本。

精准施策,筑牢供应“全链条”。以科学报量为基础,组织全市医疗机构结合历史采购数据和临床用药需求,精准填报采购量,防范虚报、漏报问题,保障药品供需精准匹配。强化全流程管控,通过序时进度管理、动态监测及专项督导,督促医疗机构按时完成采购任务,筑牢集采药品供应“第一关”,让惠民政策落到“实处”。

高效协同,畅通配送“快车道”。严格按照集采时间节点执行,督促医疗机构及时做好本院

药品采购目录调整、配送公司确认等维护配套,依托省级采购平台,实现医疗机构、药企、配送企业“一站式”对接,解决集采落地“最后一公里”问题。同时,实施集采药品配送备供制,对主供企业不能配送的,经核实上报上级部门启用备供企业配送,保障临床用药不间断。

降价保质,守护民生“生命线”。第十批国家集采药品涵盖高血压、糖尿病、肿瘤等62个品种,平均降幅超60%,创历史新高。比如,银屑病治疗药物阿普米司特片(30mg×56片,石药集团欧意药业)原采购价为795.94元/盒,集采后价格降至46.28元/盒,降幅94%;靶向治疗药物哌柏西利胶囊(规格100mg×21粒/瓶)原采购价3051.55元降至132.77元/瓶,降幅约95.6%。所有中选药品均通过质量与疗效一致性评价,确保“降价不降质”。

相山区医保局 “三强化”筑牢医保基金安全防线

■见习记者 杨紫晶
通讯员 刘炳坤

本报讯 今年以来,相山区医保部门坚持以“零容忍”态度严厉打击欺诈骗保行为,维持打击欺诈骗保高压态势,筑牢医保基金安全防线。

强化政策宣传,畅通社会监督渠道。以基金监管集中宣传月活动为契机,紧扣“医保基金安全靠大家”主题,广泛开展宣传活动,切实营造基金监管人人知晓、广泛参与的社会氛围。全区累计开展线下宣传活动10余场次,发放宣传折页、宣传物料等45000余份,张贴宣传海报2000余张,发布新闻宣传稿2篇,接待群众咨询200余人次。

强化政策宣传,畅通社会监督渠道。以基金监管集中宣传月活动为契机,紧扣“医保基金安全靠大家”主题,广泛开展宣传活动,切实营造基金监管人人知晓、广泛参与的社会氛围。全区累计开展线下宣传活动10余场次,发放宣传折页、宣传物料等45000余份,张贴宣传海报2000余张,发布新闻宣传稿2篇,接待群众咨询200余人次。

强化政策宣传,畅通社会监督渠道。以基金监管集中宣传月活动为契机,紧扣“医保基金安全靠大家”主题,广泛开展宣传活动,切实营造基金监管人人知晓、广泛参与的社会氛围。全区累计开展线下宣传活动10余场次,发放宣传折页、宣传物料等45000余份,张贴宣传海报2000余张,发布新闻宣传稿2篇,接待群众咨询200余人次。

监管形势政策警示通报会,解读最新医保政策形势,并通过本区域内6起违法违规解除医保协议典型案例的剖析解读,要求两定机构进一步筑牢不敢骗、不能骗、不想骗的思想防线,压实定点医药机构自我管理主体责任,从源头上遏制违规使用医保基金的行为。累计签订维护医保基金安全承诺书447份。

强化监管质效,全面检查不留死角。加强医保基金使用常态化监管,依托数据筛查、智能场景、视频监控等方式,维持基金监管高压态势。2025年来,已追回违规使用的医保基金45.9万余元,同时组织定点医药机构开展自查自纠。截至目前,定点医药机构累计主动退缴违规使用的医保基金104.36万余元。

杜集区医保局 多措并举激活追溯码应用新效能

■见习记者 杨紫晶
通讯员 顾一凡

本报讯 为加强医保基金监管,精准打击“回流药”“串换药”等违规违法行为,保障群众用药安全,近年来,杜集区医保局多措并举规范辖区医药机构追溯码采集、应用工作,全面落实“应采尽采、依码结算、依码支付”,筑牢药品安全防线。

组织召开全区定点医疗机构药品追溯码监管应用推进及培训座谈会,对药品追溯码的采集、应用、上传和管理等进行培训,深入定点医药机构对药品耗材采购、入库、销售、医保支付等全流程追溯提供指导。截至目前,全区91家医疗机构(含村卫生室)和78

家定点药店已全部完成接口改造和数据上传。建立信息采集进度通报制度,每日对定点医疗机构信息采集情况进行通报,对工作进展缓慢的定点医药机构进行约谈,指出存在问题,分析原因,明确要求和整改措施。同时规范无追溯码药品、耗材处理,及时做好登记。以追溯码为依托,全面推进药品追溯码监管应用,深入定点零售药店、医疗机构开展医保基金监管全覆盖检查,强化对医保支付行为的追溯和监管,确保药品“来源有迹可循、去向全程可追”,有效预防和遏制药品领域违法违规使用医保基金行为,双重守护医保基金安全和群众用药安全。