



深化医疗保障制度改革 构建多层次医疗保障体系

——市医疗保障局全力推动新时代医疗保障高质量发展

□最泰安全媒体记者 王磊 通讯员 范维凯

2022年,市医疗保障局坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导,认真学习贯彻党的二十大精神,全面落实市十二次党代会精神,坚持共同富裕的战略目标,坚持以人民为中心的发展思想,坚持“走在前列”的工作定位,深化医疗保障制度改革,加快构建多层次医疗保障体系,全力推动新时代医疗保障高质量发展,不断提高人民群众的获得感、幸福感和安全感。

泰安市DIP支付方式改革在国家医保局开展的交叉评估中被评为优秀等次,国家医保局对我市长护险工作专门发来感谢信。市医疗保障局打造“四联四共”主题党日模式入选全省医保系统优秀基层党建引领创新案例。居民医保提升工程列入市委、市政府为民要办实事首位,“肥城市顺应民生期盼 打造长期护理保险齐鲁样板”在中央电视台《晚间新闻》播出。DIP支付方式改革纳入“敢当”泰安改革品牌项目库。医保助力中医药发展、医疗救助、医保改革等工作分别在全市中医药大会、“泰汇保”会议、全市医改工作会议作了经验介绍。

巩固医保脱贫攻坚成果 全力保障疫情防控

落实医保帮扶对象参保补贴政策。对特困人员、低保对象参加居民基本医疗保险个人缴费部分按照居民医保一档标准给予补贴。脱贫攻坚过渡期内对低保边缘家庭成员及防止返贫监测帮扶对象和返贫致贫人口个人缴费部分按照居民参保二档标准的50%给予补贴。全市为18.4万名困难群众资助参保,支出资金5724万元。

落实医保帮扶对象大病保险倾斜政策。特困人员、低保对象、返贫致贫人口居民大病保险起付标准比普通居民医保降低50%,由1.4万元降低为7000元,分段报销比例各提高5个百分点。

深入实施医疗救助托底保障。对特困人员、低保对象、返贫致贫人口实施住院救助、重特大疾病医疗再救助、门诊慢特病救助。开展门诊救助161987人次,支付救助资金1310万元,住院救助46014人次,支付救助资金7132万元。

做好核酸检测、新冠疫苗采购费用保障工作。累计上解资金5.4亿元,拨付接种费用6251万元,结算本地核酸检测费用6327.8万元。

完善制度体系 医疗保障待遇水平进一步提高

实施城乡居民医疗保障提升工程。抓好2022年市委、市政府为民要办的实事落实,将居民医保人均财政补助标准在现有基础上增加30元,提高到610元/人。深入

实施全民参保计划,持续推进精准参保扩面,全市基本医疗保险参保532万人。

开展居民长期护理保险试点。在肥城市先行开展居民长期护理保险试点工作,探索建立了基础生活照护与专业医疗照护相结合的居民长护险制度,累计享受待遇3.1万人次。相关经验做法在中央电视台《晚间新闻》《大众日报》《山东新闻联播》等媒体刊发播出。

建立门诊特定药品保障机制。将适宜门诊治疗、使用周期较长、疗程费用较高以及临床路径清晰、适用条件明确的部分国家医保谈判药品,纳入我市门诊特定药品保障机制用药范围,参照门诊慢特病政策执行。一个医疗年度内,患者发生的门诊特定药品费用和住院费用、门诊慢特病费用合并计算,符合大病保险、大额医疗补助支付范围的费用按照大病保险、大额医疗补助政策执行。将国谈药品和临床必需、疗效确切、定点医疗机构暂未备药的目录内药品全部纳入“双通道”管理,实行统一的支付政策。

调整异地就医政策。将异地就医住院、门诊统筹、门诊慢性大病个人首先自付比例统一调整为10%,简化异地就医手续,取消各类证明材料。

鼓励发展普惠型商业医疗保险。2022年,“泰安市民保”在原有保障基础上,将指定既往症住院费用、指定罕见病门诊及住院费用纳入保障范围,参保人数达到41.5万,有效减轻了患者医疗费用特别是大额医疗费用负担,受到了泰安市民的高度关注和普遍欢迎。

多措并举加强医保基金监管 维护医保基金安全

坚持创新驱动战略,助力医保基金监管提质增效。今年以来,市医疗保障局认真学习贯彻《医疗保障基金使用监督管理条例》和《山东省医疗保障基金监督管理办法》,组织开展全市医保基金监管集中宣传月活动,营造维护医保基金安全的良好氛围。建立社会监督员制度,聘请37名各界代表担任医疗保障基金社会监督员。

开展医疗保障基金违法违规使用问题专项整治和基层定点医疗卫生机构医保基金使用管理问题专项排查整治,压实各级医保经办机构 and 定点医药机构自查自纠、自我管理主体责任。

发挥市医疗保障基金监管工作部门联席会议作用,加强与公安、卫健等部门的协作配合,严厉打击欺诈骗保行为,切实维护医保基金安全。

深化重点领域改革 减轻群众就医购药负担

高标准推进区域点数法总额预算和按病种分值付费国家试点工作。制定泰安市DIP支付方式改革三年行动计划、经办管理规程和月度预结算流程规范,建立工作协商沟通机制,组织开展专题培训。符合条件的开展住院服务的医疗机构实现DIP全覆盖。我市试点工作在2021年和2022年上半年医保支付方式改革试点交叉调研评估中均被评为优秀等次。

深化集中带量采购改革。2022年5月26日,第六批国家组织集中采购药品(胰岛素专项)中选结果落地我市,16个通用名品种、42个胰岛素产品平均降价48%,

最高降幅达到73%,全年节省医药费用3300多万元。2022年5月30日,省第二批(鲁晋冀豫联盟)医用耗材集中带量采购中选结果落地我市,涉及血管介入治疗类压力泵、切口保护器等5类高值医用耗材,涵盖外周血管、心内、普外等临床学科,中选产品价格平均下降70.79%。2022年10月12日和20日,省际联盟带量采购骨科创伤类和吻合器类医用耗材中选结果相继落地我市,接骨板及配套螺钉、髓内钉及配件、接骨螺钉、中空(空心)螺钉等中选产品,平均降价83.48%,吻合器类医用耗材包括管型/端端吻合器和痔吻合器,平均降幅分别为86.89%和88.09%。2022年11月18日,国家组织第七批药品集中带量采购成果落地我市,涉及高血压、糖尿病等常见病、慢性病用药以及肺癌、肝癌、肾癌、肠癌等重大疾病用药共31个治疗类别,60种药品平均减价48%。

助力中医药事业发展。积极支持国家中医药综合改革示范区建设,制定出台医疗保障支持国家中医药综合改革示范区建设的十二条措施。突出深化中医医疗服务价格改革、完善中医医疗服务项目支付政策、完善医保中药目录管理、调整中药饮片及部分中成药首先自付比例、医保支付方式改革向中医倾斜五项重点,全力助推我市中医药产业和事业创新发展。

落实便民举措 提高公共管理服务水平

深化异地就医直接结算。将高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症肾透

析、器官移植术后抗排斥治疗等5种病门诊慢性大病纳入跨省直接结算病种范围。全市183家定点医院全部接入国家异地就医直接结算平台,实现乡镇卫生院以上全覆盖。156家门诊慢病定点医疗机构实现省内异地就医直接结算,16家门诊慢病定点医疗机构实现跨省异地就医直接结算,315家普通门诊定点医疗机构实现省内和跨省异地就医直接结算。

大力推进一网通办。基本医疗保险参保信息变更、城乡居民基本医疗保险参保登记等6项业务实现跨省一网通办。全市职工医保业务实现市内通办,居民医保业务县市区通办。

纵深推进基层医保服务体系建设,在实现街道(镇)全覆盖的基础上,积极稳妥向村(社区)、金融机构、定点医药机构等延伸,努力打造“15分钟医保服务圈”,共建设各级各类医保工作站(点)2034个。

打造标准化服务窗口。为群众提供“一门式”“一站式”医保经办服务。坚持传统服务与智能化创新并行,推行“一条短信”工作法,政务服务事项线上可办率100%。

高度重视12345政务服务便民热线办理工作。高度重视政务服务热线、来信来访、舆情信息等渠道反映的问题,积极主动办理,有效防范化解各类风险挑战。回复群众率、按期答复率、合理诉求满意率均为100%。

市医疗保障局将全力抓好基本医疗保险扩面,持续深化重点领域改革,坚决维护医保基金安全,进一步擦亮泰安医保服务品牌,为“健康泰安”建设贡献更多医保力量。

践行医保为民宗旨 办好医保民生实事

——泰安市医疗保障系统工作纪实

□最泰安全媒体记者 王磊 通讯员 范维凯

泰山区

深化医疗保障制度改革 擦亮泰山医保服务品牌

泰山区医疗保障局坚持以人民健康为中心,全面深化医疗保障制度改革,进一步优化经办流程,提高经办服务水平,被评为全省第一批医保经办服务标准化窗口,推动全区医疗保障事业高质量发展。

医保基金安全平稳运行。泰山区医保基金收支平衡,略有结余,收支规模与经济发展水平相适应,基金保障能力稳健可持续。经办服务越来越便捷。按照“四最”“六统一”的标准,优化流程、精简材料,将业务办结时限压缩95%;实现市域内基本医保、大病保险、医疗救助“一站式”结算和异地就医基本医保、大病保险住院及门诊、门诊慢特病费用联网结算,辖区内定点零售药店和医院实现跨省一卡通刷。打造“15分钟医保服务圈”,基层医保工作站街道(镇)全覆盖。“带量采购”越来越惠民,集中带量采购改革进入常态化、制度化新阶段,集采规则不断优化,质量监管更为严谨,供应保障更为稳定,使用政策更为完善,总体呈现了“价降、量升、质优”的态势。基金监管机制不断完善。始终坚持强化监管队伍建设,对全泰山区加强医保基金稽查稽核,工作中坚持以事实为依据,以法律为准绳,以协议约定为框架,以规范为目的,遵循依法依规、公平公正、廉洁高效的原则,有力维护医保基金安全。2022年1月,泰山区医疗保障局被省医保局评为“2021年度参与国家飞行检查和全省基金监督检查先进单位”。

岱岳区

打造“诚信医保”服务品牌 全力提升医疗保障能力

岱岳区医疗保障局以保障人民群众健康为目标,以提高群众满意度为核心,以“为民办实事”为抓手,以提升医疗保障水平改善民生为己任,深化医保支付方式改革,巩固医保基金监管,完善医疗保障体系建设,巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果,落实全民参保任务,实现国家、省集采成果惠及全民,全力提升医疗保障能力,扎实推进岱岳区医疗保障工作健康发展。

打造“诚信医保”岱岳服务品牌,守好群众“治病钱”。率先建成以信用为基础的新型医保基金监管体系,累计挽回基金损失1900余万元,群众住院次均费用下降15.6%。被评为“新华信用杯”全国优秀案例。省医保局典型案例,省发改委发文推广,市领导做出肯定批示,建设全域旅游医保智能监管平台,以信息化助力基金监管。率先实现定点医药机构监管全覆盖,开展试点药店视频实时监控工作,被评为全省智慧型城市建设优秀案例。实施“党建+诚信”考核,助推惠民政策落地实施。开展“信用进机关”,激发干事创业热情。优化DIP支付方式改革,实现困难群体医保资助100%覆盖、医保待遇100%享受,落实

国家、省集采成果,平均降幅53%、56.5%。被评为全省优秀党建案例。构建“15分钟医保服务圈”,提升医保经办服务水平。打造三级便民医保经办服务体系,建成11家乡镇医保工作站,4家定点医院医保服务工作站,470家村级服务网点,1所高校医保工作服务站,优化医保经办流程,被评为省级标准化示范窗口。人民群众在医保领域的获得感、幸福感、安全感得到了进一步提升。

新泰市

聚焦百姓需求愿望 强力解决看病就医难题

新泰市医疗保障局坚持担当作为、超前引领、走在前列的工作理念,围绕“收好”“管好”“用好”医保基金和“服务好”参保群众4大任务,坚定履行医保部门职责、使命,干成了许多以前想干却没有干成的实事,解决了许多老百姓看病就医的“急难愁盼”问题。

“收好”医保基金。大力实施“全民参保”计划,加快建立以居民医保、职工医保为主体,医疗救助为托底,补充医疗保险、商业健康保险共同发展的医疗保障制度体系,基本实现了人人享有基本医疗保障的目标。“管好”医保基金。探索和丰富“双访六查”的基金监管方式,持续加大欺诈骗保打击力度,既保障了基金安全,提高了基金使用效能,又严厉打击了假病人、假病情、假票据、假诊断等欺诈骗保行为,切实维护了参保群众的权益和利益。“用好”医保基金。落实大病保险、部分罕见病报销、职工门诊统筹报销、门诊统筹异地就医、灵活就业人员退休缴费等一系列新政策,惠及千家万户。“服务好”参保群众。始终坚持把老百姓的期盼、要求和利益,作为想问题、做决策、办事情的出发点和归宿,靠前一步、换位思考、主动服务,先后探索推行的医保经办服务圈、“智慧医保”建设、“网办掌办”等,都得到了老百姓的认可 and 赞扬。

肥城市

持续优化医保服务 书写医保事业高质量发展新篇章

肥城市医疗保障局按照“一二三四”的思路,聚焦“共同富裕”这一工作重点,织好“疫情防控、医保体系”两张网络,实施“党建统领、医保强基、服务提优”三项工程,突出“DIP付费改革、医保基金安全、医药价格管理、医保信息化”四项任务,锚定“公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医保”五大发展目标,发扬“创新实干、奋勇争先”工作主基调,全面开创新时期医保事业高质量发展新局面。

开展居民长护险试点,打造齐鲁样板。3000多个失能家庭享受长护险待遇,相关经验做法在中央电视台《晚间新闻》《大众日报》《山东新闻联播》等媒体刊发播出。推广医保电子凭证,强化信息赋能。依托医保工作站(点)广泛开展宣传,累计激活75万余人,激

活率达86%以上。建立教学科研基地,融合联动发展。与全国第一家医保学院山东第一医科大学医保学院合作建立教学科研基地,定期为医疗保障人才引进、业务培训提供服务,创新实践、政策研究提供支持。推进药品带量采购,释放改革红利。先后开展国家、省组织的9批药品、9批耗材集采结果实施,共节约费用1.1亿元。强化日常稽查稽核,维护基金安全。稳步推进依法监管、规范监管、精准监管,切实守护好群众的“看病钱”“救命钱”,被评为全省医保基金监管宣传工作先进单位。健全医保体系,提升服务水平。构建完善基层医保体系网络,率先建立起“10分钟医保服务圈”,群众不出村,办成医保事。

全力打造“温情医保 用心服务”经办品牌,医保服务实现大厅办、网上办、掌上办、就近办、帮办代办和跨省通办,被评为全省医保经办标准化窗口。

宁阳县

积极创新医保改革 立足服务提效能

宁阳县医疗保障局坚持“底线工作严防死守、重点工作争先进位、亮点工作创先争优”,明确目标任务,压实工作责任,创新工作措施,取得了明显成效。

保障改善民生,惠民政策进一步落地。持续巩固医保脱贫攻坚成果,强化实时监测和动态管理,由政府出资为3.51万名困难群众参加居民基本医疗保险,资助金额1089.93万元,直接救助9234人次,发放医疗救助金216万元。对精神障碍类疾病住院治疗实行按床日付费,严格规范管理,严把入院指征,提高定点医疗机构服务质量。加强监管力度,基金监管进一步严格。开展打击欺诈骗保专项治理,采取常规检查、突击检查和智能监控审核筛查相结合,对定点医药机构开展检查。开展基层医疗卫生机构医保基金使用管理问题整治“回头看”行动,对照11项排查整治清单内容,对全县基层医疗卫生机构开展再复查、再落实。开展医保基金使用问题自查自纠专项行动,制定工作方案,梳理下发问题清单,督促抓好整改。全面深化改革,体制机制进一步健全。做好异地就医联网直接结算工作,实现门诊统筹跨省联网结算。持续推进按病种分值付费国家试点工作,实现全县定点医疗机构住院以按病种分值付费为主的多元支付内容,全面落实国家、省组织药品和高值医用耗材集采政策,最大限度减轻群众购药负担。抓好重特大疾病医疗保险和救助制度组织实施,切实减轻重特大疾病医疗费用负担。

东平县

坚守初心 扛牢使命 让参保群众共享医保改革成果

东平县医疗保障局牢固树立以人民为中心的发展思想,用实际行动践行医保职责使命,知责于心、担责于身、履责于行,不断提升

群众对医保工作的满意度和获得感。医保参保基本稳定、报销比例稳中有升、报销范围持续扩大、服务更加便捷高效、医疗费用特别是重特大疾病费用持续降低、享受待遇人次不断增加。

继续实施全民参保巩固提升计划,医保基金收支规模逐年递增,支撑能力进一步增强。始终保持打击欺诈骗保高压态势,守好用好百姓的“看病钱”“救命钱”。DIP按区域分值付费改革有序推进,坚持高标定位、高位推动,医院医保共同参与,市县两级高频互动,共同推动DIP付费改革落地运行,充分发挥了医保基金的社会效益。药品耗材集中带量采购成效明显,群众就医负担进一步减轻,医保改革的红利进一步释放。持续优化营商环境,按照“四最”“六统一”要求,进一步精简业务流程,严缩办理时限,提高办事便捷度。加强干部队伍建设,以“办人民满意医保”为宗旨,将学习培训作为提升干部理论素养和业务能力的有力抓手,紧密结合当前医保工作实际,着力打造“有能力,有担当,有温度,有情怀”医保队伍。

泰安高新区

建立多层次医保体系 为居民提供全方位、全周期医保服务

泰安高新区社医保工作办公室在提高医保能力、优化医保服务、保障基金安全、加强行风建设等方面持续努力,逐步构建覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次医疗保障体系,努力为群众提供全方位、全周期的医疗保障服务,不断提升人民群众的幸福感、获得感、安全感。

医保参保扩面工作卓有成效。坚持“分类施策、全面覆盖”的原则,持续加大医保政策宣传力度,参保人数179467人,扩面8516人,扩面任务完成率243.87%。医保业务经办水平持续提高。严格落实“四最”“六统一”的工作要求,全面推行综合柜员和“好差评”制度,打造“微笑服务”品牌,职工医保基金实现市内通办,居民医保县市区通办。医疗救助能力持续提升。2022年1至10月,共有6054名贫困人员、346名优抚人员落实医保财政代缴201万余元。医疗救助5630人次,救助资金351万元。群众就医报销更加便捷。泰安高新区95家定点医院、定点门诊、定点零售药店实现了医保卡个人账户省内一卡通电子,64家定点医院实现跨省通行;医保电子凭证激活率达74%;打造标准化村级卫生室,群众就医拿药都能在村卫生室报销,满足了群众的医疗保障需求。医保基金安全平稳运行。完善医保基金风险防控制度,全面治理医保定点医药机构违规行为,切实管好人民群众的“看病钱”“救命钱”。2022年1至10月,泰安高新区医保基金收入3.04亿元,支出1.57亿元,基金安全、平稳运行,医疗保障能力持续提高。

泰山景区

征缴监管两手抓 守好用好医保基金

泰山景区人力资源部坚持以人民健康为中心,一手抓征缴,一手抓监管,强化服务意识,全力守好、用好群众“救命钱”,为维护社会和谐稳定贡献医保力量。

强力推进医保参保扩面。2022年,共完成职工、居民参保人数75201人,超额完成市级下达参保任务数。2022年,实现居民医保个人缴费收入2563万元、财政配套4248万元,职工缴费收入1693万元,其中由财政为2408名困难人员代缴医保80万元。大力方便群众办理业务。简化程序材料,系统可查询,部门共享材料一律不再收取,严格落实承诺办结制。职工、居民在市内外各定点医疗机构,都可方便快捷享受医保待遇,无需奔波和提供繁杂材料。市外职工、居民也可便捷进行报销、刷卡。强化医保基金监管。与保险公司联合,建立定期、不定期检查机制,全年累计扣减、退还违规资金3.67万元;乡镇卫生院和村卫生所全部安装读卡器等设备,实行实名制就医;所有定点药店、医疗机构实现检查全覆盖。积极组织参与药品集中采购。组织辖区医疗机构参加集中采购5次,采购药品、耗材价值174万元,向医疗机构发放结余留用资金53万元。积极落实国家集中带量采购药品货款医保基金与药企直接结算制度,直接支付药款188万元。

徂汶景区

以人为本人惠民生 持续优化医疗服务工作

徂汶景区社会事务服务中心医保社保办公室坚持以落实“民生工程”为主线,以保稳定、促发展为重点,以全面完成上级下达的目标管理任务为核心,不断夯实医保各项基础工作,大力提升经办能力,确保医疗保险工作健康运行。

深入实施参保扩面工作,稳定持续参保,减少漏保断保,实现应保尽保,2022年,基本医疗保险参保扩面工作完成率168.42%。居民就医更加便捷,徂汶景区37家定点医院全部实现跨省联网结算。2022年,累计完成8285名群众的医疗救助工作,完成8084名符合条件的困难群众参保代缴工作,共计金额2490240元;完成481名符合条件的退役军人医保代缴工作,共计金额197400元。加大工作力度,持续推进辖区医疗机构全流程和移动支付接口改造及应用工作。高度重视医疗保障基金使用工作,分批次对所辖4个医院医保基金使用情况进行全面检查,定期对定点零售药店执行医疗保险协议的情况进行检查,全面提高两定机构管理水平,更好地保障广大参保人民的合法权益,全力守护好人民群众的“看病钱”“救命钱”。