



提高公共服务水平 落实便民惠民政策

平湖医保事业创新发展提升群众幸福感

■记者 金圆忆 通讯员 李荣军 王叶茂

“防控组已全部到位,消杀工作准备就绪!”“医疗组全部到位,随时待命!”“DRGs改革已启动,‘一站式’便民服务已上线!”“‘脱保清零行动’已完成!”……2020年是较为特殊的一年,我市医疗保障部门面对疫情防控严峻形势,坚持“迎难而上、稳中求进”的工作总基调,紧紧围绕全市首位战略和“四大工程”决策部署,以制度建设为主线,以提升绩效为核心,突出“法治、智慧、清廉”医保建设,积极开展四大专项行动,不断深化医疗保障制度改革,各项工作取得了新成效,交出了一份亮丽的答卷——

三项基金运行总体良好,户籍参保率达99.51%;职工基本医疗保险累计结余15.68亿元,同比增长115.09%;城乡居民基本医疗保险累计结余4319万元,同比增长505.75%;长期护理保险累计结余9310万元。基金绩效模拟评价排名嘉兴前三。此外,年度创新工作“医保无人受理”在嘉兴市政动态简报上刊登,并获嘉兴市政府领导批示肯定。



市医疗保障局局长:姚震峰

2020年,我们紧紧围绕“法治、智慧、清廉”医保建设,不断提高医保治理能力和治理水平,各项工作均达到了预期的目标。2021年,我们将立足新发展阶段,贯彻新发展理念,构建新发展格局,加快推进“公平医保、精准医保、赋能医保、数字医保、绩效医保、法治医保”建设,为打造“重要窗口”最精彩板块新崛起之城贡献力量。

2021, 实现医保事业新跨越

突出“平稳有序”,推进市级统筹工作

高质量、高标准落实嘉兴市统一的基本医疗保障制度,积极关注统一制度运行质量和社会舆情,充分认识医疗需求扩张性和资源供给局限性之间的矛盾,稳妥做好衔接过渡,引导群众合理预期,确保制度平稳实施、可持续发展。

突出“应保尽保”,扎实推进精准扩面

精准扩面,做好参保扩面和基础数据质量提升,实行参保数据动态管理。以困难群体为重点,深入实施全民参保计划,推进本地户籍人员应保尽保,确保全市户籍人口医疗保险参保率保持在99%以上。



突出“提速增效”,全面改进服务方式

持续推进医保“最多跑一次”改革,夯实政务2.0建设成果,推进“跨省通办事项”落地。加强基层经办队伍建设,推进高频事项“就近办”。探索“社银合作”服务新模式,打造医保事务办理15分钟便民圈。让群众办事少跑腿,实现“家门口办”。继续扩大长三角地区医保门诊异地就医直接结算范围,提升结算效率。

突出“精准高效”,扎实做好医保扶贫

确保医疗救助政策落实率达到100%,符合条件困难群众资助参保率达到100%。确保我市医保定点医疗机构全市医疗救助“3+N”“一站式”结算全覆盖,进一步提高医疗救助的便捷性,做到医疗救助即时即报。

突出“智慧高效”,不断释放创新活力

进一步优化“互联网+医保”服务模式,提升医保公共服务水平,全面推进医保电子凭证,方便群众就医结算。并全面推行OCR智能审批,提高系统识别率、准确率,打造“智能”经办体系,打响平湖医保品牌项目。

突出“规范有序”,全面加强基金监管

按照“预算精准、负担合理、运行高效”的目标,打造医保基金绩效评价管理试行的“平湖样板”,形成医保基金监管联管联治和目标责任考核两大体系,实施医保基金现代化综合治理,力创医保“无骗保城市”品牌。继续深化网格化管理。定期开展网格化检查,通过线上线下检查双联动,继续与第三方监管力量深化合作,运用智能化、信息化监控手段,强化对两定机构的检查和监管,对定点医药机构检查实现全覆盖。



落实防控责任 积极参与防疫

【看点】

疫情防控工作中,市医保局全体党员干部积极参加“共产党员冲锋岗”一线抗疫岗位,努力展现平湖医保铁军的担当作为。同时,由局基金监管科牵头,采取“突击+暗查”相结合的方式,通过实地督导、电话抽查、视频监控等多种形式,实现全市“两定”医药机构动态全时管控。同时,分小组到各定点药店开展口罩投放宣传,及时纠正问题、消除隐患。并通过“平湖市医疗保障局”微信公众号,以及镇街道经办人员钉钉群、局钉钉群、移动手机短信、联挂村走村入户“三服务”活动等多种方式,开展防控知识宣传,达到宣传全覆盖。

为了让群众便捷办理医疗保险业务,减少办事大厅办事频次,避免交叉感染发生,市医保局利用微信公众号服务号,开通“医小保”专项服务,建立24小时微信留言回复机制,实现群众不出门在家利用电脑或手机即可办理医保业务相关事项,受到群众的赞扬。

【盘点】

疫情防控期间,市医保局第一时间调整医保政策,放宽药品限定支付范围,实行“先治疗后付费”,确保患者不因费用问题影响就医。同时,及时启动医疗救助机制,按照“一个不漏”的要求,对在我市医疗机构救治的身份不明和情况不明的患者,加急报销医药费用112人次,拨付资金95.9万元。并向定点公立医药机构提前拨付月结算费用9200万元,缓解医药机构资金压力,确保医药机构正常运转。

面对疫情,该局积极维护药械市场平稳,根据省、市统一部署,以“临床急需、质量可靠、价格合理”为原则,开通医疗机构线下采购相关急需药品、耗材的“绿色通道”。会同市场监管部门定期开展药品药价“飞行检查”,实行每日“零报告”制度,及时掌握“疫情药”的市场供应和价格变动情况,防止药店发生囤货囤药、哄抬物价行为,并敦促各定点医药机构严格遵守物价相关规定,维护市场秩序。疫情期间,积极协助我市卫生健康等部门,从各大医药连锁公司组织协调一次性口罩、消毒液、红外线额温仪、医用酒精、一次性手套等临床和社会上急需的药品耗材。



疫情防控期间,市医保局全力拓宽服务渠道,推出医保“不见面办”“特事特办”“延期办”“便民办”“放心办”等服务举措,让参保单位和个人足不出户就可以办理好相关医疗保险业务。同时,派员前往基层现场指导“掌上办”“医小保”的操作使用,大力宣传疫情期间医保特殊政策,切实做到“稳民心、便民事”。在复工复产期间,狠抓有关落实阶段性减征职工基本医疗保险费的指导意见,最大限度减轻企

业缴费负担。

统筹年度工作 推动四项改革

【看点】

去年11月,市医保局组织召开全市医保DRGs付费改革业务培训会。同时,为提升医保经办服务效能,该局全力推进“3+N”结算模式,在基本医疗保险、大病保险、医疗救助“3”的刷卡结算基础上,进一步实现包括抚恤优待对象医疗补助、职工医疗互助等“N”的多项救助一站式结算。为了让该模式迅速落地,并让群众感受到“最多跑一次”改革带来的报销便利,该局协同市卫生健康局、总工会、民政局、退役军人事务局等部门,按照“部门协作、信息共享,优化流程、依法办理”的工作要求,借助“出生一件事”“身后一件事”“退休一件事”救助大数据等信息化平台系统,通过流程再造、数据信息共享,发挥多部门协同效力,形成医疗费用报销一站式结算联办机制,成功实现了“3+N”结算模式的落地开花,极大地方便群众的医保报销。



【盘点】

去年,嘉兴全市进入DRGs付费正式实施阶段。为全面推进DRGs点数付费改革,市医保局全力督促相关医疗机构按时按要求完成病案数据采集上报,完成系统接口改造,做好各项软硬件准备工作。并及时与DRGs项目运行商对接,积极配合嘉兴市医保局完成三轮DRGs数据模拟分组。

同时,积极推动医保制度体系建设,深化医疗服务价格管理改革,落实国家药品集中采购和使用试点扩围工作,并进一步研究优化我市公务员医疗补助政策。去年该局完成了新一轮市级公立医院医疗服务价格调整,出台了市级公立医院医疗服务价格改革方案,共涉及11类938项,进一步理顺了医疗服务价格关系。针对我市各定点医院第一批25种和第二批32种国家集中采购药品约定采购量完成情况,进行常态跟踪,定期对平台采购数据进行分析,逐个梳理完成情况。

为了让群众有更多的获得感、幸福感、安全感,该局不断创新提升“智慧医保”经办,持续深化“最多跑一次”改革。全面推行OCR智能审批,实现了全市100%的镇级以上医保窗口“机器换人”。医保高频民生事项下放镇街道政务服务中心,实现了“就近办”,初步形成了“15分钟便民政务服务圈”。同时,扎实抓好医疗救助等民生实事。全面推进“3+N”一站式结算,方便群众办事。通过办理流程再造、数据信息共享,形成多部门医疗费用报销结算联办机制,为困难群众提供“一站式”联办、一体化服务。去年,全市“一站式”结算共计972.02万人次。医疗总费用达到213907.42万元,医保费用172430.2万

元,统筹支付96979.30万元,大病支付2735.78万元,个账支付43970.42万元,医疗救助支付1235.78万元,职工医疗互助支付801.89万元,优抚对象支付110.21万元。

聚焦重点发力 落实五项政策

【看点】

“生育保险和医疗保险合并之后有利于保障职工的社保权益,让职工正常享受生育保险待遇。同时,生育保险报销更加方便,出院时生育期间的费用可直接用医保卡报销。”市医保局工作人员向办事群众介绍说。

去年,市医保局实施两险合并,提升参保人员生育保险待遇水平,同时全面开展“脱保清零行动”,做好长期护理保险实施工作,为群众提供更加优质的护理服务。同时,牢牢守住基金安全红线,维护基金平稳运行。

【盘点】

去年,市医保局充分发挥扶贫政策作用,持续提高贫困人口医疗保障水平,推进健康扶贫,通过落实五项政策,牢牢兜住贫困人口的健康底线,托起稳稳的幸福。全面响应医保扶贫政策,开展“脱保清零行动”,通过每周对比各部门提供的政府出资人员名单,确保政府出资人员全年不出现脱保情况。截至去年12月底,已对9182名困难群众资助参保1496.67万元,资助参保率100%;医疗救助11.94万人次,支出1235.78万元,政策落实率100%。

虽然由于受到疫情影响,但市医保局的长期护理保险工作没有停滞。该局全面上线“长护险”定点服务机构2.0系统,进一步向精细化、人性化迈进。截至目前,全市长期护理保险参保人数为55.12万人,累计组织失能评定4309人次,评定为重度失能的有2987人,基金累计支出4446.95万元。



除了继续抓好“长护险”的实施外,该局切实提升参保人员生育保险待遇水平。通过统一保障制度、统一参保登记、统一基金征缴和管理、统一医疗服务管理以及统一经办和信息服务,按要求整合两项保险基金及管理资源,强化基金共济能力,提升管理综合效能,降低管理运行成本。去年,全市共受理生育保险待遇报销3984人次,基金支出4875.64万元。而高血压、糖尿病等12种常见的慢性病纳入居民医保慢性病门诊保障范围,并提高了居民基本医疗保险门诊报销比例,二级机构提高到20%,定点零售药店不予门诊报销提高到按10%报销。

夯实责任基础 强化两线监管

【看点】

去年5月,市医保局联合市市场监



管局,开展了医保定点机构“双随机一公开”检查。此次行动重点检查是否存在分解或者无指征住院、挂床住院;是否存在药品、医疗服务项目和耗材项目串换;是否存在留存医保刷卡套刷、盗刷医保费用;是否违反明码标价规定等。并且检查对象和检查人员均通过浙江行政执法平台随机抽取,确保公平公正。检查过程和检查结果录入浙政钉“掌上执法”,执法人员和检查单位人员现场完成电子签名,检查结果向社会公示,接受社会监督,确保公开透明。

【盘点】

市医保局持续保持打击欺诈骗保高压态势。该局以“空中接力”、“医保小课堂”、微视频创编、医保基金监管“云培训”、全领域宣传、主题漫画竞赛等六个活动为抓手,精心组织,有序推进打击欺诈骗保集中宣传月各项工作。

为实施定点零售药店规范化建设,去年3月,该局对定点零售药店服务协议进行了细化完善;4月至6月,全面推进以“扩容、拓面、严管、增效”为重点的定点零售药店提档升级工程建设,新装监控探头400余个,实现了对全市定点零售药店监控全覆盖。8月份,按照“网格连心、组团服务”的要求,共分8个网格小组开展定点零售药店实地检查。对发现的问题,按照协议规定进行了处理,形成了抓在日常、严在日常的监管工作氛围。

此外,为创新医保监管模式,扎实推进医保行政执法“互联网+监管”,进一步规范医保执法行为,市医保局大力推进“双随机一公开”检查。去年,已开展部门双随机检查2次,检查定点药店5家;与市场监管局开展跨部门联合双随机检查4次,检查定点药店18家,跨部门双随机联合抽查任务数占比67%,抽查对象数占比13.14%。检查任务均引入信用规则,且达到100%,现场掌上执法率100%,医保监管事项达到全覆盖。

同时,为进一步提高医保行政执法人员素质,掌握行政执法程序,规范行政执法行为,提高行政执法和依法行政水平,该局多次开展专项治理,规范执法行为。去年10月,联合公安、卫生健康、审计、监管等部门,下发了《关于印发平湖市联合打击欺诈骗取医疗保障基金工作制度的通知》,明确各部门的工作职责,形成了打击欺诈骗保行为的合力。并结合实际开展了定点医疗机构自查和监管专项治理工作,取得了显著成效。