

强化医保惠民 筑牢民生底线

——市医疗保障局工作亮点采撷



王薇调研医疗保障工作



召开主题教育动员会



“医保基金监管年活动”递交协议书

下一步工作打算

医疗保障工作是涉及千家万户的民生工程,社会关注度高、政策性强。下一步,我局将进一步解放思想、创新思路,坚持以改革为统揽,推进医保资源整合,强化医疗保障作用。

1、着力加强医保政策宣传。积极开展送医保政策“进机关”、“进企业”、“进社区”、“进学校”、“进农村”等活动,大力提高医保政策知晓率,营造全民参保良好社会氛围。全面实施全民参保计划,聚焦重点人群和重点领域,做好灵活就业人员等群体参保工作。统筹推进城镇职工和城乡居民基本医疗保险扩面参保工作,着力提升参保率,确保基本医保参保覆盖率稳定在98%以上。



党风廉政建设大会



“医保基金监管年活动”启动仪式



召开第一届党员大会

2、着力推进医保相关制度改革。推进生育保险和基本医疗保险合并实施,确保年底前实现两险统一参保登记、统一基金征缴和管理,统一医疗和经办服务,进一步强化基金共济能力。全面推进总额控制下多元复合式医保支付方式改革,尽快落实定点护理院按床日付费改革,加快推进按病种收付费改革试点。在成功开通上海联网结算的基础上,逐步向长三角其他地区延伸;不断增加我市异地就医联网结算医院数量,力争本市范围内所有医院全部纳入。

3、着力抓好医疗保障基金长效监管。建立市级医疗保障基金监管联席会议制度,协调解决基金监管工作中存在的困难和问题。建立多部门联合督查机制,强化联动执法,形成监管合力,共同维护医保基金安全和参保人员权益。加强信息系统建设,积极推进“互联网+医保”,实时监控“两定机构”医疗服务和参保患者就医行为,快速识别欺诈骗保行为,提高监管工作效率。加大医保相关法律法规宣传,增强全民守法意识,落实举报奖励办法,始终保持打击欺诈骗保高压态势,始终做到打击欺诈骗保“零容忍”。积极开展医药价格联合巡查,规范医疗价格服务行为,切实减轻患者负担。

4、着力强化医保经办服务能力建设。结合我市实际,完善相关业务标准规范,适时发布医疗保障公共服务目录清单和办事指南,推进“一站式”、“一窗式”服务模式,重点提升医保经办机构标准化和规范化水平。落实“放管服”改革举措,优化服务流程、压缩经办时间,提供线上线下24小时、多渠道、高效便捷的医疗保障服务。

5、着力推进医疗保障精准扶贫。对标“两报告一文件”目标任务,确保扶贫政策落地落实、惠及于民。落实医保向困难人员倾斜政策,对重点医疗救助对象、建档立卡低收入农户等困难人员,坚持大病保险起付标准降低50%、报销比例比普通参保人员提高5个百分点,实现基本医保、大病保险、医疗救助有效衔接,切实减轻困难人员经济负担。

成立半年以来的主要工作

1、抓内部运行机制。新系统的有序运转要靠制度规范、靠作风支撑、靠纪律保障。一是**抓建章立制。**编印24个内部管理制度汇编,依靠制度管人事管钱,规范权力运行。二是**抓能力提升。**开办8期“医保讲堂”,系统学习法律法规和业务知识,提升履职尽责能力。三是**抓作风效能。**开展“破除中梗阻、治理微腐败”专项行动,走进12345行风热线,转变角色甘做“店小二”,助推“一个声音喊到底”,提升干部队伍精气神。四是**抓党风廉政。**召开党风廉政建设会议,与各科室、经办机构负责人签订党风廉政建设承诺书,筑牢廉洁廉政防火墙,防患于未然。

2、抓经办服务。在实际工作中,与群众打交道最多的是经办窗口,百姓感受最深的是经办服务。一是**优化服务设施。**新添40多张椅子,方便群众等候办事;划定了一米线、添置了叫号机和监控装置,规范群众排队办事和经办服务秩序。二是**优化服务措施。**开展异地就医政策宣传月活动,提高群众知晓率。简化异地就医备案程序,开通网络备案渠道,取消指定医疗机构的规定,与上海成功联网异地就医门诊费用直接结算。今年上半年办理异地就医备案6000多人次。三是**提升服务效率。**医保报销结算周期从两个月提升到三十个工作日,上半年累计手工报销25106人次;门诊特殊病种审批由一季度缩短为二个月,累计受理门诊病种申请资料2236份。

4、抓基金监管。医保部门最大的政治任务就是保障基金安全,保障基金安全既要防止欺诈骗保,又要防止基金用穿。一是**强宣传。**开展“打击欺诈骗保,维护基金安全”集中宣传月和“医疗保障基金监管年”活动,组织开展“医保监管员”培训,召开医疗服务价格政策提醒会、医保基金情况通报会,下发《欺诈骗保典型案例》《基金监管使用手册》,广泛、多渠道地开展宣传。二是**强规范。**出台《欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励办法》《医疗保障基金日常监管暂行办法》《医疗保障基金社会监督员管理办法》《医疗保障基金总额控制实施办法》《定点医

理院医保结算管理办法》等一系列规范性文件,从制度设计上形成“闭环管理”的监管体系,相关经验被扬州市局向其他县市区推广。在舆论宣传和从严督查的态势下,送桥镇一参保人员主动退还已报销的医保基金1.5万元,新闻事件被江苏医保杂志正面报道。三是**强监管。**与卫健、公安、市监联合开展打击欺诈骗保专项治理活动,与全市“两定机构”签订医保监管协议,对全市33家定点医疗机构、272家定点药店开展不打招呼的“飞行”检查,随机调取病案1835份,约谈“两定机构”负责人13名,暂停医保刷卡结算药店5家,下发了一批整改通知。强化对内部机构的稽查,对手工报销单据“三高一低”进行随机抽查。先后检查8家公立医院收费行为,发现并规范了10类收费问题,减轻了广大患者不合理的医疗负担。

5、抓医保扶贫。积极落实医保扶贫三年行动计划,“两报告一文件”要求的各项医疗救助、医疗扶贫政策全部到位,其他各项工作正在有序推进。免除556名血透患者个人承担的费用。对建档立卡低收入人群及低保患者实行“先救治、后付费”政策,HIS系统自动识别身份信息,入院无需缴纳押金,出院只需支付个人自付费用,减轻了垫资压力。将特困对象、计生特困对象和孤儿的救助比例从85%提高到100%,低保对象、困难重度残疾人和严重精神病患者的救助比例从70%提高到75%,救助封顶线从每人每年最高救助9万元提高到12万元。困难人员的大病保险起付线比普通参保者降低50%,由15000元降为7500元;各报销段报销比例比普通参保人员提高5个百分点,不设最高支付限额。今年单次最高医疗救助59095元,政策范围内报销比例达85.2%。



异地就医宣传月活动



组织开展纪念建党98周年暨迎“七一”主题党日