

致 说 南通医保这一年

2019年1月16日,南通市医疗保障局正式挂牌。转隶组建一年来,市医保部门聚焦便民利民惠民,重点实施“基金安全、扩面提质、能力提升、社会参与”四大工程,一一落实14项工作任务、59条细化举措,各项工作高效平稳运转,群众获得感、幸福感不断提升。

**基本医疗保险市级统筹,
全市居民医保筹资标准
统一为 1200元**

按照省政府要求,市医保局会同财政等部门积极研究,提请市政府出台《南通市基本医疗保险市级统筹实施方案》,于2020年1月1日起正式实行职工医疗保险和居民医疗保险的市级统筹,各县(市、区)居民医保筹资标准从2020年1月1日起统一为1200元,全市基本医疗保险实现基本政策、待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理、信息系统等六个方面的全面统一。

市级统筹以南通大市为统筹单位,医保基金盘子大了,基金的共济能力更强了,对提高医保基金利用效率、提高保障水平都会起到很大作用,让全市人民平等享有更加可靠的医疗保障。

**实现照护保险全市城乡全覆盖,
全市 1.45万人 享受待遇**

作为2019年市政府为民办实事项目,各县(市、区)医保部门全力推进在省内率先实现了照护保险城乡全覆盖。2019年,全市有2万余人通过评定,目前1.45万人正享受照护保险待遇。

我市自2016年起在全国率先探索建立基本照护保险制度,运行过程中又在全国率先启动照护保险义工服务机制,将失能失智预防纳入照护保险范围等工作,逐步形成了集“机构照护、居家服务、津贴补助、辅具支持、预防管控”五位一体的照护保险“南通模式”,减轻家庭负担的同时,有效缓解了医疗机构优质医疗资源供给矛盾,也带动了社会养老产业的快速发展,获得综合社会效益。



**医疗救助精准扶贫,
支出医疗救助资金 1.76亿元**

市医保局会同市财政局,将全市建档低收入人口96557人全部纳入基本医疗保险、大病保险,个人缴费部分全额由财政补助;建立信息数据比对机制,加快医保结算系统与医院信息系统、全民健康信息平台、“阳光扶贫+”监管系统的对接,为建档立卡低收入人口先诊疗后付费等提供信息支撑,做到应保尽保。

同时,政策进一步向特殊、困难人群倾斜,属于我市医疗救助对象或建档立卡低收入人口,符合大病保险待遇享受规定的,其大病保险起付标准降低50%,各费用段报销比例各提高5个百分点。去年全年,全市医疗救助144.39万人次,支出医疗救助资金1.76亿元;试行《南通市市区因病支出型贫困家庭救助暂行办法》,支出医疗救助资金45.45万元。



**与上海
688家
医疗机构实现
推进异地就医直接结算,
门诊直接联网结算**



市医保局认真疏解异地就医堵点、痛点问题,多次调整明确规定相关要求。放开异地就医医疗机构限制,直接备案到就医地即可;放宽异地转诊备案医院等级限制,全市61家二三级医院均可直接办理转诊备案手续,三级专科医院转诊也不再限专科疾病;对突发须急转诊患者,可传真门诊病历、医保卡复印件由医保中心办理紧急备案,开通异地就医直接刷卡结算功能。同时,参保群众可以通过电话传真、邮寄、南通医保APP的长居异地和医院端进行“不见面”备案。截至目前,我市与上海688家医疗机构实现门诊直接联网结算,全市392家定点医疗机构纳入了跨省、省内和长三角异地就医直接结算平台。去年,我市参保人员在上海门诊刷卡结算55164人次,费用1269万元;上海参保人员在南通刷卡结算1490人次,费用20.88万元。

**率先开展医用耗材集中带量采购,
药品(医用耗材)各项改革全年节约 2.58亿元**

我市在全国率先开展医用耗材集中带量采购价格谈判,髓内钉类产品平均降幅47.21%,止血材料平均降幅45.26%,全市57家使用中选产品的公立医疗机构分别和15家中选企业签订了带量采购联盟购销协议,年度节约医疗费用4475万元。

积极组织262家医疗机构参加国家药品“4+7”试点扩围工作,对“4+7”扩围的25种药品约定采购3537万片,比前一年度同品种最低采购价平均下降60%,年度节约医疗费用9000多万元。目前已发出采购订单3389份,总采购量1171万片/袋/支,涉及金额1042万元。组织全市14家公立医院参与省医保局两轮高值医用耗材5个品种的联盟带量采购,年节约医疗费用3889万元。积极推动公立医院取消医用耗材加成落地,年度节约医疗费用8478万元,有效缓解患者“看病贵”问题。

**推进医保支付方式改革,
按病种付费病种数达 215个**

我市积极推进以按病种付费为重点的医保支付方式改革,按照临床路径和诊疗规范明确,并发症和合并症相对较少,诊疗技术成熟、医疗质量可控、医疗安全等原则进行筛选,确定新增了胆总管结石等122个病种,按病种付费病种总数达215个,超额完成省定目标。

按病种收费实行“一价清”,且患者在接受治疗之前就能知道全部费用。住院实行按病种收付费方式结算的,住院医疗费用不受医疗保险“三个目录”限制,不设起付线、最高支付限额,不执行原政策规定的费用分段支付比例,个人医疗账户不支付。截至去年12月底,南通全市单病种结算89.92万人次,发生医疗费用10.59亿元,单病种统筹支出6.26亿元,住院统筹基金总支出61.11亿元。



**打击欺诈骗保
维护基金安全,
追回违规违约金
1537万元**

市医保局把维护医保基金安全作为首要政治任务,成立了市打击欺诈骗保专项整治领导小组及办公室,联合卫健委、公安、市场监管等部门开展专项整治百日活动,以二三级医保定点医药机构为检查重点,融合远程视频监控、住院病历稽核、现场检查、举报投诉等手段,打好监督检查“组合拳”。市医保局还专门召开新闻发布会,曝光我市8起欺诈骗保典型案例,放大警示教育效果。

2019年,全市现场检查定点单位4596家,实现了现场检查全覆盖,处理定点单位1903家,暂停医保服务134家,解除服务协议4家,移送公安机关进一步侦查2家,处理参保人26人,移送公安机关5人,合计追回违规违约金1537万元,基金运行安全得到有效保障。去年5月,我市被选为国家、省两级医保智能监控示范点试点城市。

市医保局主要职责

城镇职工和城镇居民基本医疗保险、生育保险、新型农村合作医疗

药品和医疗服务价格管理

医疗救助

药品、医用耗材的招标采购

相关市辖区的相应职责

经办服务便民升级,

提速 40% 以上

加强系统间业务协同数据共享,累计减少医保病历、计划生育手术证明等63项证明材料;压缩参保单位退费等15个经办服务事项时限87个工作日,提速率达40%以上;取消定点受理、特药备案经办时限,改为即时办理。医保局窗口被评为2019年度市“十佳政务服务窗口”和年度优秀窗口。

“南通医保”APP正式上线,实现参保人员就医购药线上“一键式”支付,长居异地备案、医保关系转移等6项医保经办服务“掌上办理”,现已接入26家定点医疗机构和市区20家连锁药店所属的350家定点零售药店,15余万人下载使用。



**率先组建医疗保障专家团队,
聘请 467 名 专家**

市医保局在全省率先组建医疗保障专家团队,聘请了来自医疗机构、行政机关、高等院校和社会监督机构的467名专家,参与医保制度设计、政策制定和医保监管等全流程工作,充分发挥专家的“外脑”作用和评估监督专家的“啄木鸟”作用,不断提高我市医疗保障管理的科学化、规范化、专业化水平,提高群众获得感和满意度。



强化医保政策宣传,

进社区宣讲 200 余 场次

围绕医保基金安全、异地就医结算、基本医疗保障市级统筹等群众关切的问题,市医保局召开6场新闻发布会、新闻通气会;充分发挥局网站和政务新媒体的宣传舆论引导作用,梳理群众热点问题,以问答形式在公众号“医问医答”栏目不定期推出。

结合“打击欺诈骗保,维护基金安全”集中宣传月、异地就医集中宣传月等活动,组织机关干部深入社区、街道、定点医疗机构宣传医保政策;携手市老科协科普讲师团到社区科普大学宣传解读医保政策214场次,将政策送到群众身边。此外,市医保局将每月20日定为“公众开放日”,组织市民参观照护服务中心、医保智能监控中心。

