

市医疗保障局致力于构建更加公平、更有效率、更可持续的医保体系——

在高质量发展中促进共同富裕

共同富裕是社会主义的本质要求,是中国式现代化的重要特征。对每个家庭或每个人而言,如果没有健康,谈富裕就没有了意义。因此,在高质量发展中促进共同富裕,完善医疗保障体系、促进基本公共服务均等化是题中应有之义。

今年是“十四五”开局之年,市医保局紧扣共同富裕这一基本目标,不断深化医疗保障制度改革,全市医疗保障形势总体稳中有进,医保制度日益公平,公共服务不断优化,医保基金更加安全。



多层次保障体系有力推进,促进医保制度更加公平



2020年1月1日起,我市在全省率先实行职工医疗保险和居民医疗保险的市级统筹,即以大为统筹单位,参保人员按规定参加基本医疗保险,实行统一政策、待遇及经办管理服务,实行基本医疗保险基金的统一筹集、使用和管理,制度的公平性、统一性和规范性得到有力提升。实现市级统筹之后,职工、居民医保政策范围内住院报销比例分别达到84.77%和72.09%,参保人员的待遇保障水平不断提升,医疗负担日益减少。

以应对老龄化、减轻失能者家庭负担为目的,我市从2016年起在全国率先探索建立了基本照护保险制度,在2019年底实现了城乡全覆盖。目前,参保人员达到720.5万人,累计享受重度、中度失能、失智照护待遇5.7万人,19%失能参保人由医疗机构转入照护机构接受照护,累计节约医保基金2.69亿元。今年,我市又将社区护理站纳入照护定点管理,增加运送失能人员上下楼等13项个性化项目,制定居家照护服务标准12项,将评定时

效缩短至20个工作日以内。截至8月底,全市申请评定63959人,评定通过57378人,目前正在享受待遇43615人,居家服务243.5万人次。照护保险闯出“南通模式”。

在推出普惠性政策的同时,市医保局也高度重视各类“特殊对象”的保障工作。对全市10大类



医疗救助对象实现基本医疗保险、大病保险、照护保险等应保尽保、动态参保,目前已对21.39万名困难人员参保个人缴费部分实行全额资助;建立因病返贫致贫预警动态监测机制,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+”监管系统对接,实现“政策精准找人”,今年以来,将25883名个人负担超25000元的参保人员信息转介扶贫办、民政等部门核查。截至8月,全市医疗救助资金支出1.49亿元,为脱贫攻坚成果巩固和乡村振兴作出应有贡献。

我市从十多年前就开始探索允许参保职工利用个人账户资金购买补充商业医疗保险,以合理利用个人账户结余资金,充分发挥资金效率,构建更为丰富的医疗保障体系。去年,我市将职工个人账户购买商业医疗保险的对象扩展至直系亲属,现有15家保险公司的24个备案产品可供选择购买。今年5月20日,市医保局又会同民政、财政、农业农村、卫健委、总工会、慈善总会、税务局、银保监南通分局等九部门,创新推出衔接基本医保的惠民商业补充医疗保险“医保南通保”,实现了不限年龄、不限既往病史参保,个人账户购买、“一站式”结算,多层次医疗保障体系进一步健全。截至7月31日投保期结束,有63.2万人参保,8月已有949人享受住院待遇一站式理赔,共理赔582.26万元,其中范围外赔付占比65%。



简政便民举措持续深化,推进医保服务更有效率

今年6月,我市先后与上海虹口、浙江嘉兴、安徽阜阳四地医保部门共同签署医保一体化合作共建协议,与福建泉州市签署“通泉医保跨省通办”协议,实现长三角地区医保关系转移接续网上办理,民生“幸福圈”持续扩大。

舒适的场所、完备的设施,规范的标识,热情的工作人员以规范流程提供优质医保服务……以缩小医保服务半径的“15分钟医保服务圈”正在全市各地如火如荼地建设中。以基层参保群众的根本利益和切实需求为导向,市医保局放下了19项群众有需求、基层接得住的服务事项,要求即时办理事项平均办理时长不超过10分钟,实现医保服务“就近办”“一次办”,让群众享受到更加均等、便捷、可及的医疗保障服务。目前,已建成省级示范点3个,18个市级示范点即将陆续建成,投入使用。

今年以来,不少参保群众发现,在全市22家二级以上医院都建设了“医保服务站”,能办理异地就医转诊备案、照护保险失能(失智)评定申请受理等医保业务,“将医保经办服务窗口前移、经办业务重心下沉,把过去参保患者在医院无法办理、需要‘多头跑’的事项全面下沉至医院,就是希望群众享受到更加便捷的医保服务。”市医保局相关负责人表示,目前,已有11项医保经办业务由医保窗口下沉医院端口,由医院后台走向前台,今年还将建设10家医保服务站,推动更多医保高频事项医院端直接办理。

8月11日,随着省人社一体化信息平台在正式上线,医保和人社的信息系统正式完成拆分,

单位参保登记、变更,职工参保、信息变更登记,参保单位缴费基数申报等7类业务,开始在医保独立设置的窗口进行受理。为方便广大参保人,除了在市政务中心,市医保局还在崇川区、开发区、苏锡通园区、通州湾示范区及人力资源大厦等处设置共7个经办网点、20个服务窗口,选调27名工作人员,把医保服务延伸到基层,为参保单位和群众就近提供政策咨询、业务办理等服务。各县(市、区)医保局也在各自的政务服务大厅增设服务窗口,进一步方便办事群众。



去年底,我市医保服务实现了全市通办,参保人员不再受参保地区域限制,而是可以在全市区域内自主选择,实现32项医保业务“就近办”“掌上办”“网上办”;8月,医保网上办事大厅正式上线运行,参保单位可以通过办理CA,登录医保的网上办事大厅,办理单位参保登记、人员变更等相关的医保业务;建成全市医保一体化公共服务平台,南通医保APP开通42项网上服务功能,累计下载超90万人次,324万参保群众激活国家医保电子凭证,3721家定点医院接入使用,结算费用169万笔;在全国率先构建“网上购药、医保支付、送药到家”的“医保+医药服务”模式,全省率先实现“就医问诊不出门,医疗、医保全流程”不见面服务新模式……“服务不停歇,全年不打烊”的医保24小时服务体系正在形成,为参保人员提供更加优质的医保服务。

此外,我市还不断推进医疗保障领域“放管服”改革,统一全市医保公共服务事项清单指南39项,“新生儿出生”等4项“一件事”改革落地,推进个人账户一次性支取和产前检查费支付2大项5个具体事项实行告知承诺制,实现特药待遇新增备案和复查评估的“不见面”办理,推进经办服务“好差评”制度,公共服务实现跨越式发展,人民群众满意度持续提升。



医保基金是人民群众的“保命钱”。今年4月,市医保局开展集中宣传月活动,广而告之我国医疗保障领域第一部行政法规《医疗保障基金使用监督管理条例》的正式出台,举办知识竞赛强化医药机构和医保系统内人员法治意识,并在全省成立首个医保基金反欺诈宣教基地,构建全民参与基金监管格局。

一直以来,市医保局将维护基金安全作为首要政治任务,严厉打击各类欺诈骗保行为,积极开展“清零行动”,深入开展专项治理“回头看”,与市公安局、卫健委联合部署打击欺诈骗保专项治理行动,截至8月底,全市检查定点医药机构3309家,处理1968家,追回医保基金5619.72万元,并处违约金830.93万元,通报典型案例125件。两年多来,累计处理违法违规医药机构5700家次,追回违规资金约1.8亿元,全力守护老百姓的“救命钱”。

2019年被选定为国家、省两级基金监管“两试点一示范”医保智能监控示范点城市后,我市始终坚持高标准推进,不断建设完善智能监控系统,充分运用数据监控、药品进销存管理、大数据分析、视频监控、人脸识别等技术,打造全市医保智能监控“一张网”。通过人脸识别进行医保就诊人证核对、代配人身份信息上传、住院在院打卡等措施,医保定点单位规范服务的意识不断增强,冒名就诊、串换药品、住院不在院等违规行为大幅减少。

同时,加强社会监督和信用监管,与市公安局联合开展意外伤害医保住院数据联动比对,与民政部门建立死亡数据联动比对,建立向纪检监察机关移送医疗保障基金监管中发现问题线索的机制,与检察机关建立行刑衔接机制,多部门共建共治监管新格局正加速形成。今年截至8月底,已移交司法处理定点机构3家,参保人员20人;移交纪检监察处理定点机构64家,参保人员1人。此外,将违法行为与定点医院考核、结算、诚信等级动态调整及医保医师个人的职称晋升等挂钩,今年已有6名医保医师被暂停医保服务。

在加强监管的基础上,市医保局还不断健全基金绩效管理体系,建立基金预决算操作规程,制定风险处置预案,出台基金管理效能和支付效能“双评估”办法,建立医保支付“总额预算+点数奖励”制度,定期分析制度等,通过精准分析找问题,面对面交账交任务,促进定点机构规范医疗行为、主动控制成本。

站在“十四五”的开端,全市医保系统将牢牢把握高质量发展主题,深化医疗保障制度改革,建设更加公平、更有效率、更可持续的医疗保障体系,助力“共同富裕”,托起全市近800万人民群众“稳稳的幸福”。

·何家玉 范锐·



监管效能不断提升,实现医保基金更可持续