



县医疗保障局局长韩步阳率全体干部职工

# 热烈祝贺县人大政协十三届五次会议胜利召开



## 盘点 2020 成果丰硕

### 全力保障医保基金安全

积极开展医保基金监管源头治理。在全县范围内开展医疗保障基金监管源头治理行动,对定点医药机构实现检查全覆盖。建立健全基金监管制度体系。坚持严打和引导相结合,加强信用体系建设,加大定点医药机构失信行为惩戒力度,建立健全医保医师(药师)积分管理办法。建立清算报告制度,定期开展医保基金清算预测,对基金收支情况做到实时监测。加快推进智能监管平台建设。制定《射阳县医疗保障智能监管平台设计方案》,并通过专家评审,目前已纳入政府“政务云”项目建设,建成后的医保智能监管平台将集监管、运维、开发和第三方协作为一体,运用大数据分析,通过事前提醒、事中监控、事后查处,实现医保基金监管的智能化、精准化和高效化。

### 着力完善医疗保障体系

深入推进参保扩面。2020年,全县城乡居民基本医疗保险参保缴费人数70.57万人,基本做到应保尽保。2021年筹资工作10月份已经启动,县医保局多频次多维度宣传城乡居民医保政策,加强与公安、民政、教育、卫健等部门对接,分组到乡镇专题开展调研,截止目前,城乡居民医保参保人数为67.62万人,已完成目标任务数的95.87%。精准托底医疗救助。全面梳理“四个托底”政策,扩展救助对象类别,在市定救助对象基础上,增加9类救助对象,救助标准高于市定标准,年救助资金超亿元;落实困难群众资助参保政策,资助资金1901.53万元,实现一户不漏、不断助力健康扶贫,制定建档立卡低收入人口基本医疗保险、大病保险、医疗救助和扶贫商业保险“一站式”结算制度,在系统中设置了扶贫对象自付费用不超过10%的程序,充分保障扶贫对象需求,全县扶贫对象县域内住院平均收益率达到93.69%。在全省城乡医疗救助资金绩效考核中名列第一。积极落实市级统筹,升级和改造信息系统,平稳实施我县基本医保和生育保险的市级统筹,建立医疗保障待遇清单管理制度,保障群众报销待遇,职工医保和城乡居民医保政策范围内,县域内住院医疗费用基金支付比例分别稳定在85%和70%左右。

### 稳步推动医保领域改革

深入推进支付方式改革,认真研究制定医疗机构费用分配方案,持续推进总额控制下的以病种付费为主的多元复合支付方式改革,全面保障参保人员就医需求和医疗机构平稳运行。有序推进DRG付费试点,认真落实省、市关于推进医保DRG付费试点工作的决策部署,组织8家试点医院做好院内业务学习培训,夯实DRG实施基础,主动对接国家编码,统一使用国家医保局发布的信息业务编码标准,做好HIS适应性改造工作与HIS系统供应商协调沟通接口开发事项。积极推进招采制度改革,围绕医药价格和药品(耗材)采购改革,完成全县二级公立医疗机构与省阳光采购平台数据对接,确保采购和使用数据同步传输,按时参加上级医保部门组织的药品(耗材)集中带量采购。稳妥推进医疗价格改革,根据上级统一政策,适时调整医疗机构70项收费项目,取消不合理收费项目,规范检验收费项目。



## 践行医保初心使命 书写温暖民生答卷

## 起航 2021 豪情满怀

**目标任务:** 抓好参保扩面工作,职工医保参保人数达13万人,城乡居民医保参保人数70万人,做到应保尽保,实现职工医保基金收入5.46亿元,城乡居民医保基金收入6.72亿元,保障医药机构平稳运行,按时拨付医药费用。推动医药价格和药品(耗材)采购改革,实现全县公立医疗机构使用药品与耗材全部实行阳光采购,强化医保基金监管,对定点医药机构现场覆盖率实现100%,智能监管覆盖率实现100%,确保基金安全可控。巩固脱贫攻坚成果,保证建档立卡低收入人口在县域内定点医疗机构住院个人自付费用控制在政策范围内住院总费用的10%以内。

### 健全完善医疗保障制度体系

严格执行市级统筹的各项规定。充分保障职工与居民的医保待遇,严格执行大病保险政策,保证参保人员的就医需求。按照高不就低的原则,统筹执行射阳“四个托底”和全市统一的医疗救助政策,不断完善多层次医疗保障体系,会同相关部门推进补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠和医疗互助发展。落实全民参保计划。健全参保扩面联合工作机制和数据比对机制,组织开展基本医保参保情况清查,做实全民参保计划,不折不扣完成参保任务,基本医保参保率达到98%以上,医疗救助对象资助参保率达到100%。巩固医疗保障脱贫攻坚成果。建立完善困难人员参保信息数据库,确保将困难群体全部纳入基本医保范围,进一步发挥基本医保、大病保险、医疗救助和扶贫商业保险等综合保障作用,围绕“两不愁三保障”目标,发挥医保扶贫兜底功能,抓出特色、抓出典型、抓出成效。

### 深入推进医保支付方式改革

大力推进医保支付方式改革,落实《江苏省推进医保支付方式改革省级试点工作实施方案》,积极参与全市统一组织的DRG付费试点,持续推进总额控制下按病种付费为主的多元复合支付方式改革,做细做实按病种付费工作,保证按病种付费的医保基金支出占住院总费用的30%以上。建立健全医保支付规则体系。执行省定医保药品同一通用名相同支付标准,建立医保支付标准与采购价格联动机制,实现采购平台信息变动与医保目录数据库维护相协同、医保支付与药品(耗材)阳光采购目录相联动。根据省、市统一部署,完善医疗诊疗项目管理办法,研究新业态医疗服务的医保支付协同政策。开展支付方式管理评估,建设医保支付管理系统,建立医保支付方式模型和风险模型,对支付标准科学性和合理性进行监测。对2021年医疗机构总额分配,拟邀请第三方利用大数据处理,核定每个医疗机构定额分配数额,避免人为因素,保证科学、公平、合理。对基金运行做到日常监测,充分运用监测结果,开展支付方式改革绩效评估,调动医院自我成本控制的积极性,引导合理诊疗,因病施治。



### 建立健全基金监管长效机制

深入开展打击欺诈骗保行为。继续把打击欺诈骗保作为首要政治任务,加大基金检查和监管力度。加大医保经办机构内审力度,组织实施定点医药机构自查自纠活动,各类医疗机构现场检查全覆盖,健全与审计、公安、市场监管、卫健等多部门联合监管机制,坚决查处欺诈骗保行为。构建联合惩戒机制。坚持治标与治本相结合,严打与引导相结合,内部与外部相结合。加大定点医药机构失信行为惩戒力度,贯彻落实《江苏省定点医药机构失信行为惩戒暂行办法》,实施分类惩戒,推进联合惩戒。强化基金监管支撑保障。强化智能监管,运用大数据实施精准分析,为基金监管提供科学支撑,推进举报线索查处全流程管理,提升信用信息管理水平。积极探索引入第三方参与基金监管工作机制。大力引进临床医师、执业药师、审计等专业人员,丰富稽查队伍专业人才培养,建立基金监管人才库和人才管理办法,组织开展人才轮训,推荐不少于5人参加国家、省和市的飞行,着力培养一批监管人才。

### 积极推进药品与耗材招采制度改革

建立健全药品与耗材阳光采购机制。按照省、市局关于药品和医用耗材实行省级平台阳光采购的《实施意见》及相关规定,推进我县公立医疗机构使用药品与耗材在省平台实行阳光采购,公平交易,加强对药品和耗材采购使用全过程的监督管理。积极推进药品和医用耗材省市联盟集中带量采购工作。严格按照省规范药品和医用耗材联盟采购范围、品种、规则和操作程序,组织全县所有公立医疗机构参加国家、省、市采购联盟,实行阳光采购并严格执行实施监督检查,确保阳光采购政策落到实处,切实减轻患者负担。有序做好医疗服务价格基础工作。全面梳理我县医疗服务项目价格,完善项目分类,推进精细化管理,规范医疗服务价格行为,做好辖区内药品和耗材价格监测工作。

### 加快建设“智慧医保”信息平台

建设数据中心。将“互联网+”引入医疗保障管理信息系统,建设全县医疗保障智能化监管平台,以“金保系统”和全县各定点医药机构数据信息为依托,建成医保信息中心。全面开展大数据应用。建设医疗保障数据信息全程、实时、智能、精确的监控体系,通过事前提醒、事中监控、事后查处,实现医保基金监管的智能化、精准化、高效化。推动信息业务编码标准落地。持续开展医疗保障业务编码标准信息维护工作,建立编码标准测试应用工作长效机制,确保规定信息业务编码标准的信息维护和落地使用。建立统一的医保电子票据和财务一体化管理系统,实现医疗电子票据一站式查询、查验和报销入账。

### 深入开展公共服务专项治理

优化经办服务。研究制定《医保公共服务专项治理工作方案》,全面梳理医保服务事项,发布医疗保障公共服务目录清单和办事指南,全面加强医保经办服务规范化、标准化、信息化、一体化建设,确保实现“四最服务”。强化医保经办机构职能。创新实施综合柜员制服务,对基本医疗保险、大病保险、医疗救助由医保经办机构实行“一站式”、“一窗式”服务。落实为民办实事项目。深化“放管服”改革,积极协调和推进利用“人社通+”平台,将医保14项业务下沉到镇村平台,在全省率先推进医保经办县镇村三级“一站式”服务”。加快医保电子凭证推广应用。开通支付宝等医保移动支付,推进医保电子凭证应用等便民项目,实行“一卡通”,拓展“不见面”服务功能建设。



本版策划、组稿:  
路铁学 金彦君