

青岛西海岸新区医疗保障局 2020 年工作情况报告

2020 年，区医保局深入贯彻落实工委管委决策部署，始终把人民群众生命安全和身体健康放在第一位，秉承“以人民为中心”的发展理念，一切工作从人民需求出发，实施“待遇保障提升”、“经办服务优化”、“基金监管升级”三大工程，致力于打造值得人民群众信赖与托付的医疗保障体系，首创医保工作站和长期护理保险农村扩面在全省医疗保障工作会议上作典型发言，胶东五市医保局局长到新区调研此项工作。

一、提升待遇保障，提高人民群众幸福指数

（一）全力保障疫情防控，送上政策“及时雨”。面对突如其来的新冠疫情，对确诊、疑似和不能排除新冠肺炎的患者实行免费救治，确保患者不因费用问题影响就医；根据病情将门诊大病单次取药量放宽到 3 个月，住院患者核酸检测费用零负担，累计报销 8.3 万人次；第一时间向 6 家发热门诊定点医院预拨救治资金 740 万，累计拨付医保周转金 6827 万元，确保疫情期间定点医院正常运转；“预付、缓缴、降费”综合施策，向 30 多家医药企业预付医保资金 5982 万元，支持企业复工复产，允许暂时经营困难的 36 家中小企业缓缴医保费 550 万元，帮助中小企业渡过难关，严格落实医保费率“三连降”政策，为全区 3 万多家企事业单位减负 2.46 亿元。

（二）打赢医保脱贫攻坚，筑牢医疗“兜底网”。动态比对、主动筛查、帮办代办，送政策上门，送医保入户，实现了贫困人员参保率、补贴率、政策落实率三个100%，为828名贫困人员提供门诊慢性病医疗保障服务，全面小康路上不让一个人因病掉队；全面落实贫困人员大病保险起付线由18000元降至5000元、提高报销比例5个百分点、取消封顶线等倾斜性政策，加强基本医保、大病保险、补充医保、医疗救助、扶贫特惠、重特大疾病再救助六重综合保障的有效衔接，全部纳入医保“一站式”结算系统，有效发挥了政策整体协同和托底保障作用，贫困人员自费比例降至3.2%。

（三）降低群众医药负担，打好医保“惠民牌”。发挥“基本医保+大病保险+补充医保+医疗救助”多层次医保体系优势，最大限度减轻群众医疗费用负担，职工和居民医保政策范围内报销比例分别达到90.5%和76.1%，全省最高；居民医保财政补助标准提高30元，46.7万成年居民按低档缴费，财政二次补助，享高档报销待遇，补助水平全市最高；落实高血压、糖尿病用药保障，67种降压药、43种降糖药纳入普通门诊保障，报销50%，支付限额提高到600元以上，新增艾滋病等3个门诊大病病种，提高类风湿关节炎等三个病种的报销标准；落地第三批112种国家集中采购药品成果，平均降价62%，节省药费1500万元，落地胶东五市药械采购联盟两批医用耗材，注射器等19种低值耗材平均降幅36%，骨科创伤等高值耗材平均降幅57%，节约基金1000

万元；打造长期护理保险“西海岸样板”，破解因年老、疾病导致失能失智人员照护难题，2811名参保人纳入保障范围，参保职工可享受助医、助浴、功能训练等60项技术性照护服务，扩大农村失能老人照护服务覆盖面，红石崖街道卫生院“红心服务队”“医疗护理+居家服务+辅助器具”模式入选山东省首批医养结合典型案例。

二、优化医保经办，提高群众办事便捷指数

（一）就医结算更顺畅。全区40万参保人激活医保电子凭证，无需携带实体卡，一部手机实现就医购药结算“零接触”，50家定点医院、200家定点药店实现省内异地参保职工就医购药“一卡（一码）通行”；长期异地居住、临时异地就医两类6项业务实现“掌上办”，50家定点医院实现全国联网报销，覆盖所有镇街，4家三级定点医院实现高血压、糖尿病等14种门诊大病（门诊慢性病）省内异地就医联网报销。

（二）医保业务就近办。扩大医保工作站覆盖面，提前完成2020年区办实事目标任务，新建24处医保工作站，下放7项医保高频临柜业务，确保每处镇街均可办理，覆盖城乡的医保基层服务网络基本形成，医保大厅业务量同比下降30%，参保群众在“家门口”即可享受优质高效的服务，有效破解老年人面临的“数字鸿沟”问题；将36项医保征缴业务延伸至镇街服务大厅，实现企业参保缴费业务办理属地化，助推新区营商环境持续提升。

（三）经办服务标准化。落地落实落细申办材料最少、办事

流程最简、办理时限最短、服务质量最优“四个最”目标和事项名称、申办材料、经办方式、办理流程、办结时限、服务标准“六统一”经办服务要求，大力推广“网上办、掌上办、电话办、邮寄办、微信帮办”等方式办理医保业务，34项医保服务事项100%可以“网上办”，88%可以“零跑腿办”，60%可以“马上办”，办理时限整体压缩72%，办理材料精简82%，全市医保系统率先实施“一窗受理·综合柜员”，创建全省医保经办服务标准化窗口；全市首创经办社会化、业务联合化、征缴信息化“三化”方式开展社保医保联合征缴，将职工医保征缴“外包”给社会机构，区医保局加强服务监管，实现“管办分离”，社保医保征缴“只取一号、联合受理、一窗办结”，多措并举为参保企业和参保群众提供更加便捷高效的服务。

三、升级基金监管，提高医保基金安全指数

（一）医保基金监管装备“利器”。全市率先引入第三方商业保险公司辅助稽查，发挥商业保险公司在精算、财务、医疗方面的优势，组建一支青岛各区市最强的专业稽查队伍；运用人脸识别技术，构建医保智能身份认证平台，有效防范和杜绝挂床住院、冒名住院、虚假住院等欺诈骗保行为发生；建设医保智能审核平台，利用基于海量处方和海量治疗方案的大数据、人工智能技术，实时预警疑点数据和异常诊疗行为，实现医保监管由事后纠正向事前预警、事中监管转变，提高医保监管科技含量。全年查处违规医疗机构79家，追回违规费用662.4万元。

（二）定点机构管理设置“红线”。修订完善《定点医疗机构医疗服务协议》，就基本条件、医疗服务、医保目录管理、医疗费用结算、信息系统建设、医疗服务监管、违约处罚措施 7 大类 90 项具体内容进行了规范，与 211 家定点医疗机构在自愿、平等、协商的基础上签订协议，强化“红线”意识，切实规范定点医疗机构医疗行为，依托《协议》开展定点医疗机构考核，考核结果与基金拨付挂钩，有效提升定点医疗机构医管理和服务水平。

（三）医保政策落实增添“抓手”。联合卫健部门出台《关于定点医疗机构医疗保险管理办公室建设与管理实施意见》，牢牢牵住医保办公室这个医院管理“牛鼻子”，从机构设置、人员配备、工作职责、质量考核、政策培训等方面进一步提高医疗保险精细化管理水平，打通医保政策落地落实“最后一公里”；用好医保总额预算“指挥棒”，科学测算确定医疗机构总额预算指标，强化基金统计分析，对指标异常的 6 家定点医疗机构进行约谈，引导医疗机构合理收治病人、错位有序发展，促进分级诊疗体系建设。