

# 撑起医保“扶贫伞” 筑牢健康“保障网”

□朱波 吴江 杜诚朴

## 应保尽保

### 小康路上一个不能少

全面小康路上一个也不能少。贫困人口致贫返贫的原因多样、情况复杂，涉及人员信息分散、数据庞杂、交叉重叠，要做到医保扶贫对象精准掌握、一个不落、应保尽保，可以说是难中之难、坚中之坚。

困难面前显担当，越是艰难越向前。省医保局自2018年10月份成立以来，坚持把坚决打赢医保扶贫攻坚战作为重要政治任务，摆在全局工作的突出位置，成立2个任务后联合民政、财政、人力资源社会保障、卫生健康等部门制定出台《山东省打赢医疗保障扶贫攻坚战三年(2018—2020年)行动实施方案》，聚焦基本医疗保险有保障、明确目标任务，细化工作措施，压实工作责任，全面打响医保扶贫攻坚战，动员全省医保系统各级党组织和党员干部深入扶贫一线，全力以赴推进贫困人口应保尽保，化解和防范因病致贫返贫，确保小康路上一个都不能掉队。

开展信息精准比对行动。积极与扶贫、民政、残联等部门协调对接，建立信息比对、数据共享和部门协作机制，全力破除“数据壁垒”、打通“信息烟囱”，努力实现参保人员增减信息、缴费基数信息、第三方责任信息等实时共享，动态更新。同时，创新应用信息化手段，组织研发全国首个“医保扶贫综合信息管理系统”，建立了纵向省市县管理联动、集参保动态监测、预警提醒、待遇结算、统计分析、全景展示于一体的综合服务平台，全面掌握每名贫困群众的参保信息、费用报销信息、门诊慢性病、签约定点医院机构等信息，使贫困群众基本医疗有保障情况“一目了然”，为动态管理、精准参保提供了“智慧利器”。

2019年以来，省医保局通过交叉对比，梳理出贫困人口失联、死亡、异地参保、参加职工医保、个人缴费、信息错误等无参保缴费信息等典型问题，有针对性研究提出解决措施，确保贫困群众信息精准识别、动态掌握，为精准帮扶打下坚实的基础。

在精准摸清底数的基础上，省医保局开展参保全覆盖专项行动。先后5次将医保扶贫对象与全省医保参保信息系统精准比对，将未参保人员信息分解到各市、县(市、区)，组织各级医保部门进村入户开展工作，逐级压实工作责任，逐一落实参保补贴，逐人进行参保销号。2019年初确定的239.7万建档立卡贫困人口和2020年初确定的197.7万脱贫享受政策人员实现基本医保、大病保险、医疗救助全覆盖，真正做到“不漏一户、不落一人”。

近日，聊城市医保局扶贫专班工作人员和聊城市退役军人医院的医生，一起到张炉集镇张炉村贫困户王洪兰家中走访。王洪兰高兴地说：“现在政策真好，报销了我的买药钱，你们还想着到家里看看我们！”王洪兰是一名脑血管病患者，左侧肢体萎缩变形，完全失去劳动能力，而且需要长期服药，花费大、经济负担重。为了解决像王洪兰这样的贫困户因慢性病而产生的长期用药需求，聊城市医保部门以“便民、利民”为导向，主动作为，开展慢性病筛查，改进原有的门诊慢性病鉴定模式，变被动受理为主动办理，为贫困患者提供慢性病申报“帮办、代办、上门办”服务，确保全市符合条件的贫困人员医保慢性病待遇全覆盖。

## 多重保障

### 织密医保“托底网”

为有效化解因病致贫返贫的风险，省医保局从实际出发，深入调研，抽取全省2016—2018年贫困人口就医个案信息3.4亿

条，多维度分析人口基本结构、就诊结构、医疗费用分布，找准症结，大胆创新，围绕增强基本医保、大病保险、医疗救助梯次减负功能，制定出台22项医保扶贫政策，全方位织密贫困人口“保障网”。

### 筑牢医保托底防线

实行参保缴费补贴。为进一步减轻贫困人口参保缴费负担，推出对贫困群体参加基本医疗保险个人缴费部分实行财政补贴政策，目前，全省16个市中有13个市对贫困人口实行了全额补贴政策，有3个市实行了定额补贴政策，全省每年财政补贴金额近4亿元。

完善大病保险倾斜政策。进一步提高贫困人口居民大病保险待遇水平，贫困人口大病保险起付线由6000元降到5000元，分段报销比例各提高10个百分点，最高达到85%，并取得封顶线。贫困人口使用大病保险特效药不设起付线，报销比例由40%提高到60%，最高可报销20万元。

强化医疗救助托底功能。在全国创新提出“再救助”政策，对经基本医保、大病保险、医疗救助、医疗机构减免、商业补充保险等多重保障后，个人负担超过5000元的部分按70%给予再救助，进一步提高贫困人口医疗保障水平，切实减轻贫困人口医药负担。

“多亏党的医保好政策，帮我解决了大问题，也拯救了我整个家庭”，30岁的尿毒症患者郑建建感激地说。郑建建是德州市齐河县祝阿镇南北郑村人，2015年患上尿毒症，2019年1月份开始血液透析，仅一年的透析费用就达十余万元，这对于一个本就贫困的农村家庭来说着实是一笔沉重的负担，齐河县医保局在了解他的情况后，主动为他落实了门诊慢性病政策，让他享受到医保扶贫政策扶持，经过医药费用报销，一年下来郑建建个人只需负担1万多元，大大减轻了家庭负担，一家人又重新燃起生活的希望。

### 突出保障重点群体

今年新冠肺炎疫情发生后，省医保局时刻把贫困群众的安危冷暖放在心上，第一时间下发了《关于统筹做好新冠肺炎疫情防控期间医保扶贫工作的通知》，对医保扶贫对象发生新冠肺炎确诊、疑似患者和医院留观人员的，一律实行“先就医后结算”，由医保基金先行垫付费用，救治和留观发生的费用，按规定由医疗救助予以托底保障。对疫情防控期间基本生活陷入困境的家庭及个人和农村孤寡老人、重病重残人员、重度精神障碍患者、留守儿童、留守儿童、社会散居孤儿、事实无人抚养儿童等特殊困难群众及时纳入临时医保扶贫范围，采取“先帮扶、后认定”方式，强化临时救助、即时帮扶和帮办、代办上门服务等措施，确保困难群众及时、全面享受到医保扶贫政策，全方位筑牢防范群众因疫因病致贫返贫的医疗保障网。

疫情期间，为解决偏远农村、山区弱医、少药、缺检查和医生进不去、群众出不来等问题，省医保局组织开展“医保健康服务进乡村”活动，组织医保健康服务车奔赴16市，为基层群众提供送到家门口的医保健康服务，同时为失能人员、慢病群体、60岁以上老年人提供全生命周期健康管理服务，被群众亲切地称为“移动医院”“21世纪的赤脚医生”。

苯丙酮尿症、脑瘫、孤独症、精神疾病等特殊疾病是困扰患者和家庭的“老大难”问题，按照省委、省政府20项重点民生实事部署要求，省医保局研究制定相关政策措施，将苯丙酮尿症患者治疗使用的特食纳入医疗救助范围，目前，全省已救助2270人，救助资金达到2150.22万元；将脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童康复治疗费用纳入医疗保障，保障范围由0—6岁扩展至0—17周岁，将国家规定的29项医疗康复项目全部纳入医保支付，并将符合规定的医疗康复项目、必要的检查检验、药品等费用纳入医保门诊支付，目前已为34770名脑瘫等残疾儿童和孤独症儿童支付3.69亿元；将6种严重精神障碍门诊慢性病保障范围，目前已为14.89万名严重

精神障碍患者支付19.74亿元。

### 着力保障慢性病群体

按照门诊慢性病医保准入标准，优化简化流程和相关材料，拓展门诊慢性病资格确认方法，推出医保经办机构根据住院记录“主动办”、对行动不便贫困人口组织专家“上门办”、乡医村医和帮扶责任人“帮办代办”等多种服务方式。

进一步完善“互联网+医保”服务政策，将面向常见病和慢性病参保者提供的“互联网+”复诊服务费用，包括复诊费、处方续方发生的政策范围内药品费用等，按照规定优先纳入医保基金支付范围，符合规定的互联网慢性病“处方”也可报销。对高血压、糖尿病等病情稳定并需要长期服用固定药物的慢性病患者，取药量放宽到3个月。

## 改革创新

### 不让“病根”变“穷根”

为着力解决贫困群众看病难、看病贵等操心烦心事，省医保局持续深化药品和医用耗材集中采购、医疗服务价格、医保支付方式三大改革，切实减轻群众医药费用负担。

深化药品和医用耗材集中采购制度改革。建立药品和医用耗材集中带量采购常态化机制。积极落实国家集中带量采购药品落地，3批112个药品平均降价60%以上，最大降幅95.9%，每年可节约药费27.54亿元。创新性开展省级药品和高值医用耗材集中带量采购，首批39个药品平均降价67.3%、最大降幅98.6%，平均降幅和最大降幅均高于国家集采药品降幅，每年可节约药费17.9亿元。山东也是目前全国省级采购中，一次性集中带量采购规模最大、药品数量最多的省份。12月底前，山东还将产生冠脉介入类快速交换球囊、初次置换人工膝关节、可吸收硬脑(脊)膜补片、一次性使用套管穿刺器、心脏起搏器(双腔)等5类高值医用耗材中选结果。

“太爽，新的医保政策实行后，您平时用的100多块钱一盒的药现在20块就够了……”7月14日上午，威海市环翠区羊亭镇医疗保障基层服务队队员郑晓红又一次来到王家村贫困户袁永荣家中，介绍带量采购后的新变化。如今，像袁永荣这样的高血压和糖尿病患者，综合用药一个月一般50元左右就够了，一年只需花600多元。

此外，山东还积极推进跨省市联盟采购，成立全国首个省际中药材采购联盟，建立面向国际的中药材互联网交易平台，联盟省份已覆盖12个省。与京津冀冀等9省市组成联盟并开展联合带量采购工作，其中，人工晶体类高值医用耗材平均降价46%，新冠病毒检测试剂达到全国最低价水平。积极推进各市开展联合采购，指导全省16市全部建立采购联合体，推进省会经济圈、胶东经济圈、鲁南经济圈组成采购联盟，针对未纳入国家和省集中带量采购的品种开展联合采购，94个药品、723个医用耗材平均降价分别达到22.48%、45.02%。

深化医保支付方式改革。大力推进多元复合式医保支付方式，推动现代医院管理制度改革，促进医疗机构规范诊疗行为、降低医疗成本、提升质量水平。积极开展按病种诊断相关分组(DRG)付费和按病种分值付费(DIP)改革，青岛被确定为DRG付费国家试点城市，东营、淄博、潍坊、德州、济宁、泰安、滨州7市被确定为DIP国家试点城市，数量全国最多。其他8市同步开展DRG付费省级试点。目前，青岛、枣庄、烟台、威海、日照、临沂、聊城、菏泽市已进入模拟付费阶段，东营、淄博按病种分值付费形成较为成熟经验。全省按病种付费病种达到150种。日间手术医保支付在全省三级医疗机构全面推行。

深化医疗服务价格改革。2019年在全国率先取消公立医疗机构医用耗材加成，要求各级公立医疗机构面向群众单独收费的医用耗材全部按采购价销售，不得加价或变

相加价。同步建立医疗服务价格动态调整机制，原则上每年调整一次，进一步减轻群众就医负担。

## 优化服务

### 贫困群众办事更方便

小窗口，大民生。省医保局认真落实省委、省政府关于实施流程再造和推进“一窗受理·一次办好”改革的要求，按照申办材料最少、办事流程最简、办理时限最短、服务质量最优“四个最”的目标，对全省医保经办服务事项全面实施流程再造、精简优化、统一标准，在全国率先实现医保经办服务事项名称、申办材料、经办方式、办理流程、办结时限、服务标准“六统一”，率先实现困难群众区域内就医结算“一体化管理”、一站式服务、一单制结算、一窗受理，率先制定医疗价格和经办服务系列地方标准，目前，全省医保经办服务申请材料整体精简49.8%，办理时限整体压缩68.2%，高频民生事项办理流程整体优化51.6%，93.8%的服务事项实现“网上办”“掌上办”。在2019年度31个省(区、市)和新疆生产建设兵团医保系统行风建设首次评比中，我省获总分第一名。

“让数据多跑路，让群众少跑腿”，进一步完善异地就医联网结算制度，截至11月底，全省异地住院联网结算医疗机构达到3958家，比2018年增加3082家，基层医疗机构占比不断提高，实现乡镇区域全覆盖，与31个省份的3.8万多家医疗机构实现异地住院联网直接结算，数量全国最多；14种门诊慢特病省内异地联网结算实现县域全覆盖；积极开展普通门诊跨省联网结算试点工作，省直及济南、青岛、东营、滨州、淄博5市被确定为国家试点，正按国家医保局要求加快推进，将于年底前实现联网直接结算。2021年普通门诊跨省及省内联网结算将在全省全面开展。

大力推行医保电子凭证，在全国率先开通医保电子凭证移动支付，率先实现了医保电子凭证全省通用，目前，全省16市实现医保电子凭证应用全覆盖，全省医保电子凭证开通人数已达3479万人，覆盖定点药店30326家，覆盖率98.93%、定点医疗机构15982家，覆盖率32.08%，“两定机构”电子凭证开通量、覆盖率位列全国第一位。以医保电子凭证为基础，推动“互联网+医保”服务模式创新，建设了山东省医保处方流转平台，实现了互联网诊疗线上医保结算功能，建设了医保个人账户异地支付系统，基于医保电子凭证实现个人账户“异地支付、一码通用、全省通用”，目前全省已有2.2万家“两定机构”支持医保个人账户异地支付，真正实现了“一码在手、医保无忧”。

在东营市第二人民医院的医保服务站，前来办理业务的群众络绎不绝。今年，广饶县将10余项高频民生业务下沉到这里，老百姓在办理出院手续时可一并办理生育待遇申领、新生儿参保等前延后伸业务。“以往在在医院和医保窗口之间要反复跑，现在不出医院，10分钟之内就能办完。”一位现场办理业务的市民说，“医保工作站省去了很多不必要的麻烦，十分贴心。”

近年来，省医保局积极推动医保经办服务网络向基层延伸，将医保经办服务下沉到基层、企业、医疗机构，把业务窗口搬到服务群众第一线，延伸到老百姓身边，同时推动门诊慢性病医保服务向基层村居延伸，把城市优质的医疗资源延伸到基层，大大提升了医保服务的便捷性和可及性。目前，全省在乡镇、街道、社区、村，企业，定点医疗机构挂牌并运行医保工作站5470家，真正把医保服务送到群众家门口。

