

改革创新砥砺奋进 医保惠民亮点纷呈

医疗保障工作是惠及千家万户的民生工程、民心工程。自2018年10月26日省医保局成立以来,全省各级医保部门深入学习贯彻习近平总书记重要讲话、重要指示批示精神,认真落实省委、省政府部署要求,牢固树立以人民为中心的发展思想,不断深化医疗保障制度改革,加快构

建多层次医疗保障体系,积极担当作为,勇于攻坚克难,努力走在前列,在医保扶贫、多重保障、优化服务、带量采购、医保支付、基金监管等方面推出了诸多创新举措,全省各地医保惠民措施亮点纷呈,不断提升了人民群众的获得感、幸福感和安全感。

□朱波 吴江 杜诚朴

亮点一：医保扶贫

精准识别，确保不漏一人、应保尽保

德州市以“互联网+”为依托，靶向治疗、精准施策，在3个县市区开展“互联网+”健康扶贫试点，开发了德州市互联网健康扶贫平台，将贫困人员的参保信息、健康状况、门诊慢病和“两病”用药情况及帮扶人员信息、家庭医生签约医生等数据整合录入平台，实现对贫困人员精细化管理。

聊城市创新建设了医疗保障大数据精准扶贫系统，接入扶贫办、民政、残联、公安等有关部门的数据，构建致贫风险预测模型。针对全部参保人口，基于个人的贫困等级、患病情况、医疗费用、收入情况、教育水平、固定资产状况等九大因素，依据权重比例精确测算每个人的“致贫风险分值”，从而辅助各部门及时制定、落实针对性强的帮扶举措，综合施策、协同作战。

打通服务困难群众“最后一公里”

日照市在全省率先实现贫困人口“一站式”结算。市内住院时，脱贫享受政策人员可直接享受基本医疗保险、大病保险、医疗救助、扶贫特惠保险等等待遇“一站式”“一单制”“一窗口”即时结算报销，低保和特困人员的医疗救助、重大疾病救助待遇同步纳入。今年9月底又实现省内就医“一站式”即时结算，有效解决了垫资多、跑路多、周期长的群众就医难题。

济宁市抓实医保扶贫基层网络，如邹州区构建打造了“10个镇街医保服务站为支点，4+10家定点医疗机构保外为格，326个定点卫生室为网”的立体化医保管理服务体系。同时，强化与基层医疗机构协作，根据贫困人口慢性病就医需求，将门诊慢性病诊疗服务权限下放到所有镇街卫生院、服务中心，贫困人口实现普通门诊不出村，常见慢病不出镇。

威海市以保障参保群众特别是偏远地区、行动不便等贫困人口便利享受医保服务为目标，以“送政策”“送药品”“送服务”“听民意”的“三送一听”为主要内容，建立“医疗保障基层服务工作队”，为贫困人口提供“一对一”的医疗保障服务，及时为群众上门宣传普及医保政策，指导其规范就诊和合理就医，为享受门诊慢病待遇的群众复诊和送药，形成综合、连续、协同的全链条服务。

亮点二：多重保障

探路“互联网+医保+医疗+医药”慢病管理新模式

泰安市以慢病健康管理为切入点推动“三医联动”，建立全国第一家慢性病互联网医院，开出全国第一张互联网医保结算单，签订全国第一个互联网医院医保服务协议，蹚出一条“互联网+医保+医疗+医药”慢病管理的新路子。目前，泰安市中心医院等17家公立医疗机构，建设了慢病服务中心，患者就医购药时由原来的两三个小时缩短为15到30分钟。今年2月份，在新冠肺炎疫情防控处于最吃劲的关键时刻，该市以微医泰山互联网医院为依托，率先打通线上医保支付，慢病患者足不出户即可享受专家复诊、在线报销、送药上门等全程服务。截至10月底，全市已实现慢病患者线上医保支付1.9万人次，结算医疗费用609万元，统筹基金支付331万元。

推进长护险，呵护“夕阳红”

青岛市于2012年7月在全国率先建立长期医疗护理保险制度。8年多来不断创新完善，逐步形成政府主导、社会参与、市场化发展的良好格局，有效破解老龄化护理难题。2020年支付4.72亿元，服务失能失智人员2.82万人，提供上门服务225万小时，购买的护理服务是二、三级医院住院服务量的14倍。今年以来，青岛着力扩大居民受益范围，提高居民护理保险待遇，将一、二档居民巡护费用标准分别提高800元和1000元，达到每年3000元和2500元，推动保障人群由城镇职工向城乡居民延伸。在全国率先将轻度失能失智人员及高危人群纳入保障范围，举办26期照护人员培训班，确定10个社区为“认知症友好社区”，推动保障内容由“治疗”向“延缓”拓展。

亮点三：优化服务

“互联网+医保”服务模式破题起势

济南市依托山东省互联网医保大健康服务平台，整合各方资源，创新医保、医疗、医药“三医联动”管理机制，为全市失能人员、慢病患者、困难群体和60岁以上老人，提供网上问诊、慢病续方、医保结算、帮办代办、送药上门、出行帮扶等一体化、专业化服务。

另一方面，将定点互联网医院纳入医保支付平台监管，对发展成熟、符合条件的互联网医疗费用及时纳入医保支付，探索适合互联网医院发展的医保支付方式。

青岛市建设“互联网+医保”智慧大厅，方便患者线上“一站式”就医购药。推广医保电子凭证，全市274万人已激活，6000多家医疗机构支持扫码购药。大力推广网上办、掌上办、电话办、邮寄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%。

医保经办服务标准化、规范化、便捷化。潍坊市率先实施山东省医疗保障经办服务规范系列地方标准，18类45项医保经办事项逐一规范统一，市、县医保服务大厅均实行“前台综合受理、后台分类审核、统一窗口出件”集成化办理模式，办事环节压缩52.5%、材料精简58.6%、时限压缩73.7%。集中研究制定了异地就医转诊转院、异地居住就医承诺备案制和普通门诊签约管理3个制度规范，切实解决群众就医报销不方便等问题。

推动“市域一体”医保服务体系建设

菏泽市持续推动“市域一体”医保服务体系，大力提升医保服务便捷性、均等性、可及性。一是创新推行医保报销“市内无异地”，6月1日起，参保人员在全市公立医院跨县区住院就医无需办理任何手续，全部实现出院即时结算报销。二是率先推出医保关系跨县区转移接续“同城通办”，不再需要参保单位或个人“两头跑腿”。截至11月底，全市已办理医保关系转移4237人。

亮点四：带量采购

七市联盟招采取得积极成效

淄博市医保局两次牵头结成七市招采联盟，5月份，成立了淄博—青岛—东营—烟台—威海—滨州—潍坊七市联盟，11月份，成立了淄博—青岛—东营—烟台—威海—滨州—德州七市联盟。招采规格、数量、金额创造了全国地级市之最。首次低值耗材联合采购，19种规格的低值医用耗材平均降价幅度36.1%，单个产品最高降幅72%，多个品种创下全国范围内地市级联合采购最低价，为七市节约资金约1.42亿元，其中淄博市2000余万元。11月14日，骨科创伤类和血液透析类高值耗材带量采购，拟中选骨

科创仿类单个产品最大降幅达94%，平均降幅67.3%；血液透析类单个产品最大降幅66%，平均降幅35.2%，多个品种创下全国联合采购的最低价。预计七市年节约资金约5.61亿元，其中淄博市8017余万元。

拓展鲁南经济圈药品耗材招采工作新方向

2020年，临沂市作为鲁南经济圈首任轮值市，临沂市医保局结合当前实际，充分发挥牵头作用，积极推动鲁南经济圈四市公立医疗机构药品(耗材)采购联合体成立，通过实施药品耗材招采工作带份额联动、带量跟踪等政策，第一批共推动26种药品、18类耗材400多个产品价格政策联动，预计年可为鲁南经济圈四市3000多万参保群众减轻医药负担近2亿元，极大地推进了联盟市价格招采的进度，也得到医疗机构和相关企业的广泛认同。

亮点五：中医药创新发展

十二省(市)中药(材)采购联盟成功落地济南

今年10月，十二省(市)中药(材)采购联盟成功落地济南。11月，第二届世界中医药互联网产业大会在济南举办，逐步开展中药(材)区域性订单式种植、采购、交易，推动中药药材、饮片和配方颗粒等中药全品类交易从线下走到线上。此外，济南市建立中医药线上服务体系和推广体系，开展区域性互联网预约、智能缴费、药师审方、药物配送等服务，实现处方流转，在线医保支付、智能煎药和配送上门一体化服务；支持中药院内制剂互联网推广，互联网医院开具本院(或与实体医疗机构组建的医联体内经省级药品监管部门批准的治疗性医院中药制剂，按规定纳入基本医疗保险支付范围。

“日间病房”破解中医治疗“不住院不能报销”难题

枣庄市积极发挥中医诊疗优势，首批将16类65种符合住院条件的、且以中医治疗为主的病种纳入“日间病房”医保结算模式。符合住院条件经评估后非治疗期间不需在院的病人，在当日治疗结束后，经医疗机构允许后可以回家休养，按规定给予医保报销结算。一些头痛、腰痛等中医治疗期间可以回家的患者，不受“不住院不能报销”的限制，从根本上缩短了患者住院等候和治疗时间，降低了患者医疗费用负担，节约了医保基金支出。

滨州市于2020年1月1日正式启动中医日间病房、中医优势病种两个改革项目。“中医日间病房”改革项目涉及6大类27个病种类别，以中医适宜技术、中药饮片治疗为主，患者接受治疗按普通住院进行结算，占用床位的，半价收取床位费，需观察护理的，按Ⅲ级护理半价收取护理费，同步规范辅助检查项目，减轻患者负担。中医优势病种改革项目涉及15个中医手术类病种，实行病种定额付费，适当提高医疗机构盈利水平，鼓励使用中医手段治疗，合理控制费用，促进中医传承。

亮点六：医保支付

严守“以收定支”，推行按病种分值付费

东营市在全国率先建立了基金总额控制和分值总量控制“双控”下的按病种分值付费支付方式。

该支付方式就是严守“以收定支”原则，通过大数据分析确定全市住院病种，再根据病种间费用比例关系，确定不同疾病分值，医保部门根据医保基金支付能力核定分值价值，进而与医疗机构进行结算。在具体工作中，准确把握6个环节，具体包括：一是精算加协商，做好关键参数设置；二是居民加职工，缩小人群系数差距；三是公式加阶梯，建立分值折算机制；四是人工加智能，引导规范规范诊疗；五是预结加清算，实现预算合理奖励；六是系统加模拟，确保

结算准确无误。

推进DRG付费支付方式改革全面起势

烟台市被列为DRG付费省级试点以来，按照“规范管理、模拟运行、实际付费”三步走思路，推进医保DRG付费支付方式改革加速推进。

突出“三个支撑”。一是信息系统支撑。全省首家建成医保独立信息系统，运行效率提高3倍以上。全省首家实现医保智能结算系统对接所有定点医院HIS系统，实现了病案、处方及进销存等数据定时传送。新建智能监管系统，实现对医院事前、事中、事后监管。新建DRG付费综合结算管理系统，实现付费全过程智能化管理。二是基础数据支撑。科学确定各病种付费标准需要测算海量数据，烟台市采集256家定点医院近3年的350多万条病案数据、7亿多条结算数据，划分病种641组，完成权重及费率测算。三是标准化支撑。15项国家医保标准化信息业务编码落地实施，建立6000多家定点医药机构和3.3万名医保医师(护士)信息库。

对精神疾病患者实行按床日付费

为探索建立符合重症精神病住院患者临床诊疗特点的基本医保支付方式，菏泽市于今年7月1日起对精神类疾病需长期住院的患者实行按床日付费，即患者在住院治疗中，根据病情进展情况进行时间分段，各段按床日费用定额结算，出院后按实际天数进行核算的付费方式。此前月底，精神疾病患者平均住院56天，日均费用291元，日均报销费用221元。实行按床日付费后，可有效控制不合理费用支出，据测算，每年可减少医保基金支出约5500万元。

亮点七：基金监管

探索“智慧监管”新模式

烟台市统一建设开发医保智能核保、智能结算、智能审核、个人账户管理、银保基金管理五大智慧医保管理平台。在全省首家实现了医保智能结算平台对接所有定点医院HIS系统，实现病案、处方及“进、销、存”等信息数据实时传送，杜绝医院人工操作干预。加强对医疗机构原生数据与医保系统的比对分析，全面了解、掌握医疗机构基金运行、使用情况和基金年度预算执行情况。2020年，全市累计查处违法违规医药机构953家，暂停医保结算和服务协议93家，解除服务协议269家，行政处罚8起，移交司法机关1起，处理医保医师70人，追回违规基金3272万元。

潍坊市坚持构建“五横五纵”基金智能监管系统总体思路，组织实施事前事中双提醒双审核、知识图谱、无感人脸图像识别、大数据风控、稽核与监控联动等五大创新举措，初步实现了全域覆盖、全面应用，监管效能大幅提升。目前，建成了6大类203条规则20余万条明细的审核规则库，进销存监管模块接入46家定点医院机构，知识图谱模块上线41个病种组、覆盖800余个常见病、多发病诊断；上线应用成人群体住院、雷同病例等13个风控数据模型，无感人脸图像识别新技术在13家定点医院上线运行。

努力构建医保基金监管信用体系

2019年，东营市医保局积极争取省医保局、国家医保局支持，被国家医保局纳入全国17个市医保基金监管信用体系建设试点范围，是山东省唯一入选试点城市。目前，东营市建立了涵盖定点医院、定点药店、医保医师、医保药师、参保人、参保缴费单位、药品和耗材供应商等具有东营特色的医保基金监管信用体系，实现全部7类医保参与主体的信用监管全覆盖。医保基金信用评价管理实现“全天候”，东营市在信用监管上探索出一条可推广、可借鉴的新路子。

