

医保事业高质量发展 迈出新步伐

推进我国医保事业高质量发展,是奋力解除全体人民疾病医疗后顾之忧的必然选择,也是新时代深化医保改革的目标方向。9月10日,国务院新闻办公室举行“推动高质量发展”系列主题新闻发布会,国家医保局有关负责人介绍了相关情况。



覆盖面从小到大,保障水平从低到高,管理服务从有到优

国家医保局局长章轲表示,国家医保局坚决贯彻落实党中央重大决策部署,大力弘扬三明医改经验,加强医保制度顶层设计,促进医疗、医保、医药协同发展和治理,实现了医保覆盖面从小到大、保障水平从低到高、管理服务从有到优的转变,持续提升人民群众获得感。

坚持制度建设,规范完善医保体系。建立健全基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重梯次减负的基本医疗保障制度,制定医保待遇清单,统一全国医保药品目录,推动全国范围内医保制度、政策和保障范围规范统一。稳步提高医保的筹资水平,健全参保长效机制,基本医保年度参保率稳定在95%左右。职工医保、居民医保政策范围内住院费用报销比例分别稳

定在80%和70%左右。

坚持人民至上,提升保障内涵质量。巩固提升住院保障水平,开展门诊慢特病保障,全面建立职工医保普通门诊统筹和城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制。整合城乡居民基本医疗保险制度,合并实施职工医保和生育保险,增强统筹基金共济能力,落实积极生育支持措施。加快健全重大疾病医疗保险和救助制度,建立防范化解因病返贫致贫风险长效机制,稳步推进长期护理保险制度试点。

坚持深化改革,增进群众健康福祉。制度化常态化开展药品耗材集采,创新目录准入谈判,目录内药品达3088种,覆盖常用药和特殊疾病、罕见病用药,新药好药相继纳入目录。深化医保支付方式改革,推

动医疗机构优化收入结构、规范诊疗行为。

坚持数智赋能,增强运行管理能力。建成全国统一的医保信息平台,实现医保数据规范化管理。开展挂网药品价格治理,强化医药价格风险监测与处置,推进定点药店药品价格监测比价。加强医保基金监管,持续开展飞行检查和专项整治,深化智能监控和大数据应用。

坚持服务导向,优化医保公共服务。健全经办管理体系,将符合条件的村卫生室纳入医保结算范围。搭建医保服务网厅和手机APP,推行医保码、移动支付。加强异地就医直接结算,有序扩大跨省直接结算病种范围。优化参保缴费、转移接续、费用结算等环节。

力争“高效办成一件事”,以暖心服务利企便民

“今年以来,国家医保局贯彻落实国务院有关文件的精神,将‘高效办成一件事’理念融入医疗保障工作,以暖心服务利企便民。”国家医保局副局长颜清辉介绍,目前,重点事项办理时间明显缩短,流程大幅压减,形式更加灵活。

一方面,参保群众服务体验越来越好。比如,各地医保部门通过数据共享,实现了新生儿凭出生医学证明就可以在线上参保,参保缴费的平均时长从年初的28.7个工作日压减到6.4个工作日。新生儿出院以后就能直接报销医药费用。

职工医保个人账户从“个人独享”变为“家人共享”。

职工医保只需线上申请并绑定父母、子女、配偶以及其他近亲属,医保的个人账户就能够共用。目前,各地正在抓紧推进这项工作。今年1—7月,职工医保个人账户家庭共济金额达227亿元;预计到今年年底,各地将实现个人账户的省内共济,明年起将探索推动跨省共济。

跨省直接结算门诊慢特病将从5种增加到10种。为满足群众对更加便捷的异地就医需求,国家医保局计划在原有5种病种基础上再新增慢性阻塞性肺疾病、病毒性肝炎、冠心病、类风湿性关节炎和强直性脊柱炎等5个病种。今年年底前,全国每个区县都将至少有一家医疗机构能够提供新增病种的跨省直接结算。另外,职工

生育津贴平均申领周期也缩短到10个工作日内。

另一方面,医保赋能医药行业发展措施越来越实。国家医保局取消了药品赋码公示环节,常态化受理投诉申诉,药品赋码周期由每月一次缩短到每周一次。同时指导各地统一招采信息系统和产品信息标准,医药产品挂网申请办理周期压缩到15个工作日内。为缓解医疗机构运营资金压力,将“及时结算合规医疗费用”作为硬性条件,简化结算环节,全国超九成的统筹地区已能实现按月及时结算医疗费用。医保部门将继续落实基金预付机制,年初支付给定点医疗机构,并且向医保政策执行好的机构适当倾斜。

医保支付改革降低群众负担,促进医疗、医保、医药协同发展和治理

党的二十届三中全会《决定》提出,“深化医保支付方式改革”,“促进医疗、医保、医药协同发展和治理”。

“国家医保局坚决贯彻落实党中央、国务院决策部署,持续推进医保支付方式改革。”国家医疗保障局副局长李滔介绍,改革后总体实现了4个转变:一是医保向医疗机构付费从按项目付费到按病种病组付费转变;二是医保基金结算从原来的“后付制”向现在的“预付制”转变;三是从手工审核向大数据运用转变;四是促进医疗服务供给从粗放管理向精细化管理转变。

李滔表示,医保部门全面落实“总额预算、考核监督、结余留用、超支分担”的管理机制,促进了医疗机构规范诊疗、合理用药、提高效率、控制成本,整体降低了参保群众就医负担,促进了医疗、医保、医药协同发展和治理。

近期,国家医保局出台了按病种病组打包付费的2.0分组方案,进一步优化了医保按病种病组付费的技术标准和配套政策,着重明确了特例单议、预付金制度、意见收集

反馈等多项新的工作机制。

李滔表示,下一步,国家医保局将聚焦群众急难愁盼,持续深化医保支付方式改革。一是建立住院按病种病组付费的动态调整机制,更加科学精准地提高医保基金支付效率。二是健全多元复合的支付体系,探索符合门诊、紧密型医共体等医疗服务特点的支付方式。三是加强与卫生健康等部门的协同和联动,促进医疗、医保、医药协同发展和治理,共同维护人民群众的健康权益。

加强医保基金监管,今年全年检查机构数量将超过去5年总和

医保基金安全可持续是医保事业高质量发展的基础。党的二十届三中全会《决定》提出,“加强医保基金监管”。颜清辉介绍,在这方面,今年以来,国家医保局重点抓好三方面工作。

第一,坚持严打严查。持续加大飞行检查力度,截至目前,共检查30个省份的432家定点医药机构,预计今年全年检查机构数量将超过过去5年的总和。今年更加注重发挥大数据的作用,已通过“糖化血红蛋白”筛查线索查实并追回医保基金近6000万元,通过“限制性类别诊疗、检查、用药”筛查线索追回医保基金近1400万元。

第二,坚持宽严相济。用好自查自纠,在国家医保局飞检开始前,组织全国定点医药机构对照问题清单开展自查自纠,截至目前,各级定点医药机构已退回医保资金约30亿元。用好约谈引导,对违规药店进行约谈,督促整改,已公开曝光一些医药机构欺诈骗保行为,强化了警示震慑效应。

第三,坚持标本兼治。探索建立医保支付资格管理办法,采取类似“驾照扣分”的方式,对相关责任人进行记分,警示教育医务人员自觉遵守诊疗规范。完善医保基金社会监督员工作机制,健全举报奖励机制,2022年以来,全国共发放举报奖励2422人次,奖励金额368万元。

(孙秀艳)
据《人民日报》

