

全省医保系统牢固树立以人民为中心的发展思想

增进人民福祉 托举民生幸福

威海市医疗保障局

抓好医药价格监测“小切口” 做好医疗保障“大文章”

医药价格是涉及广大人民群众切身利益的重要问题，做好医药价格监测是让价格在阳光下运行的重要举措。威海市医保局自组建以来，始终将深化医药价格改革作为解决“看病贵”“药价高”问题的重要抓手，以创建省级医药价格监测试点为契机，突出发挥价格监测在宏观市场调控和资源优化配置中的作用，引导医药市场价格合理形成，实现了患者、医药机构和医保多方共赢。

一是周密部署，着力推动医药价格监测制度化、常态化。2019年，威海市在全省率先建立医药价格动态监测和发布制度，选定了涵盖医疗机构、零售药店在内的18个监测哨点，明确了信息采集、报送、分析、调查、处理工作流程，切实打通监测信息沟通渠道。同时，为进一步压实各监测哨点的责任，定期对各哨点信息采集和报送的及时性、准确性等情况进行调查核实，并将信息质量纳入定点协议管理和日常考核，与定点医疗机构年度总额预付指标挂钩，保证数据的真实性。强化政策培训和业务指导，仅2021年以来组织专题培训12次，有力提升了工作人员业务素质。

二是突出重点，着力提升医药价格监测工作的针对性。聚焦稳价、优先将临床用量大、群众关注度高、价格差异大的药品、医用耗材纳入监测范围，并根据降价效果、全城价格统一水平等情况，不定期对监测品种进行动态调整。医疗服务项目价格方面

则以各级医疗机构实施的市场调节价项目为主。截至目前，纳入监测的品种达到233种。聚焦保供，会同卫生健康、市场监管等部门联合建立了短缺药品保供稳价联动机制，将纳入国家、省短缺药品目录清单中的十余种药品纳入日常监测范围，及时了解市场供求情况，定期发布监测信息，增强价格调控的及时性。聚焦特色，鉴于威海医用耗材企业较多的实际，以获批省级医药价格监测试点为契机，在全市范围选取生产企业2家、流通企业3家、医疗机构8家作为监测哨点，每季度开展医用耗材价格监测，全面反映各要素成本变动及各环节价格波动情况，推动实现全流程、全方位监管。

三是力求实效，着力缓解群众“看病贵”“药价高”难题。每月定期通过官网、微信公众号等渠道发布价格监测信息，鼓励社会各界积极参与监督，让购药群众通过“价比三家”实现“用脚投票”，倒逼医药机构自我控费。截至目前，累计发布医药价格监测信息38期，先后有700多个品种跟进降价，最高降幅91.75%。对发现的药耗供应异常情况，及时与生产、配送企业沟通，疫情防控期间共协调相关企业调配导管280多根、药品6500盒（支）发往医疗机构。对监测到的价格涨幅或变动频次异常等问题，各级医保部门视情况对经营企业采取函询、提醒告诫以及发布警示信息等措施，真正做好医药价格监测工作的“后半篇文章”。

邹城市医疗保障局

深化“五+”治理模式 铺垫参保群众幸福路

邹城市医保局始终坚持以人民为中心的发展思想，大力倡树“严真细实快”工作作风，深化“五+”治理模式，凝心聚力、突破创新，先后荣获国家级荣誉5项、省级荣誉7项，切实保障广大群众更好地享受医疗保障改革发展成果。

“党建引领+闭环管理”模式，激发干事创业新动能。建立政治和思想建设、宣传推广、督导落实“三大专班”平台，打造医保阳光经办、阳光监管、阳光履行“三位一体”品牌，对于全局性、阶段性重点任务全部实行“清单管理、台账推进、闭环销号”管理机制，以考核抓落实、提质效，引领医疗保障事业高质量发展。先后获评全国医保经办服务“学党史 办实事”优秀典型案例、全省医保系统优秀基层党建创新案例。

“标准建设+网格管理”模式，构建基层治理新格局。争取到国家级医疗保障标准化试点项目，建设完成191个医保服务站，组成了一张覆盖全市、经办触角延伸至镇、村的医保经办服务网，实现医保经办“市有厅、镇有站、村有点”。今年以来，各站点累计办理门诊慢病申报2400多人次，医疗费手工报销1400多人次，居民门诊统筹就诊49万人次，报销2771万元，“小站点”实现“大蝶变”。在2022年济宁市医疗保障行风建设及“15分钟医保服务圈”现场评价中，居第一位。

“经办下沉+专兼配合”模式，推动服务质效新提升。按照“应放尽放、能放必放”原则，根据医院、镇、村站点类别分别下沉16

项、13项和8项经办事项，开设对应权限，实现经办事项“县市下放”和“镇村承接”的良性互动和高效衔接。吸纳村医、网格员成立兼职帮代办队伍，采取“3+N”模式培养壮大市镇村三级“医保明白人”，组织全员轮训3批次，累计培训600多人次，确保群众在“家门口”就能“找得到人、问得清楚、办得成事”。

“数据赋能+队伍拓展”模式，实现基金监管新突破。争取邹城市委编办支持，增设“法规监察科”，明确为专职基金监督执法机构，厘清行政监督和经办稽核的职能职责。聘任21名“社会监督员”，聘任60名医保护学专家组建“稽核专家库”，发挥第三方监督力量。今年以来，组织社会监督员、稽核专家参与基金执法检查60多次，处理投诉举报6例；追回医保基金142余万元，暂停定点医药机构1家，有力保障医保基金安全运行。

“线上矩阵+线下延伸”模式，打造政策宣传新高地。积极拓展网站、微信、短视频（抖音）新媒体矩阵，发布短视频35条，更新医保动态360多条，浏览量达45万余人次。制作《医保政策我来讲》系列讲座20期，创新编撰《医保政策百问百答手册》，收录群众关心关切热点问题188个，开展“百村千企行”“医保惠万家 守护你我他”主题活动90多场，联合医疗机构举办“免费义诊”活动20多场，医疗保险群众满意度电话调查排名大幅提升，群众对医疗保障的服务质效更加满意。

日照市医疗保障局

创新“123456”工作机制 系统集成推进医保支付方式改革

近年来，日照市以按疾病诊断相关分组（DRG）付费改革为突破口，探索建立“123456”工作机制，系统集成推进医保支付方式改革，推动医保支付方式由单一型向复合型转变、医保基金监管由一元监管向多元共治转变、医保资源管理由粗放式向精细化转变，提前完成国家和省三年行动计划要求，群众看病负担明显减轻。日照市连续两年在全省DRG实施专项评价中获优秀等次，被评为全省按疾病诊断相关分组（DRG）付费试点工作示范市，相关经验做法被国家医保局刊发推广。

确立“一个框架”，推动医共体打包支付。确立“区域点数法总额预算”总体框架定位，用点数的方式确定紧密型医共体居民市内支出预算，探索实行“总额控制、收支挂钩、动态调整、超支分担、结余留用”机制，实现了医共体总额付费要求与点数法总额预算、DRG固定费率和浮动费率结算清算政策的高度统一、互相融合和深度匹配。

开展“两项分析”，密切监测改革成效。持续对全市公立定点医疗机构和DRG试点医疗机构开展运行监测分析，对职工、居民医保基金开展收支分析，建立“月通报、季分析、年总结”工作机制，及时评估改革成效、研判发展趋向，助力医疗机构腾大空间、调优结构、管控成本、挤干水分。有效抑制医疗费用不合理上涨，推动基金安全平稳运行。

实行“三个倾斜”，助力中医药传承发展。实行医保支付手段、支付范围、支付政策向中医倾斜，设置中医DRG病组、中医门诊优势病种，探索中医日间支付，开展中医医疗服

务项目补偿，对中医医疗机构费率调整系数进行上浮倾斜，对实行固定费率的中医医疗机构年终清算时单独进行清算并提高补偿比例，支持和促进中医药传承创新发展。

强化“四项激励”，破解制约发展难题。坚持问题导向，紧盯医保领域多发和群众“急难愁盼”问题，充分发挥医保导向作用，实施权重调整、绩效激励、清算补偿、再住院控制四项激励约束措施，不断提升区域医疗发展质量、医疗服务能力、医保基金使用效率，有效防范推诿重患、轻病人院、重复住院、分解住院等不合理诊疗行为，初步实现了患者得实惠、医保基金可持续、医疗机构得发展的目标。

探索“五位一体”，强化基金综合监管。探索打造DRG付费下的“监测分析、日常审核、专业稽核、协议考核、执法检查”五位一体基金综合监管新模式。在开展监测分析基础上，建立“日审核、月筛查、季稽核”工作机制，细化完善医保服务协议，开展指标监管，加大执法检查力度，实现医保基金全链条、全覆盖监管，为DRG公平、高效、平稳运行提供良好环境。

推进“六个协同”，实现支付方式集成创新。在深化实施DRG付费改革的基础上，更加注重外延拓展，积极探索PDPM（患者导向支付模型）、阶梯床日、定额、病种标准、APG（门诊病例分组）、人头打包6种支付方式协同创新，建立“轻症期门诊按APG—门诊慢病按病种—一般诊疗费按人头—急性期住院按DRG—稳定期康复按PDPM—长期精神疾病住院按床日—失能期护理按定额”的多元复合支付体系。

肥城市医疗保障局

探索“四个三”模式 打造充满温情的长护险制度

肥城市积极推进居民长期护理保险试点建设，在推动实施、要素保障、经办流程、监督管理上探索出“四个三”模式，有效减轻了失能人员及家庭的经济负担和照护负担，为群众构建起又一道民生保障。截至目前，共有3000多个失能家庭享受待遇，实现职工、居民长护险全覆盖。

抓好“三个到位”，快速破题推进。一是组织推动到位。将长期护理保险试点改革纳入肥城市政府重点民生工作研究部署，成立工作专班，部门协同联动，有序推进。二是制度设计到位。科学制订实施方案，照护需求等级评估实施办法、支付办法、考核办法等，搭建起严密的制度框架。三是经办网络到位。构建“1146+N”医保经办服务网络，提升1处市经办中心服务水平，建设14处镇街医保工作站，依托400处村卫生室设立医保服务站，在600多个村（社区）设立医保服务岗哨，在多处药店、企事业单位及学校设立便民医保驿站，提供长护险上门服务。

聚焦“三个要素”，强化制度保障。一是参保对象全覆盖。参保对象覆盖全市城乡居民基本医疗保险参保人员，参保人员因年老、疾病、伤残等导致长期失能的，均可享受待遇。二是筹资模式渐进式。建立“居民基本医疗保险基金、个人缴费、财政补助按比例分担”的动态筹资机制，由居民基本医疗保险基金、财政补助按照1:1的比例筹集，参保居民个人暂不缴费。三是待遇保障多类型。探索建立基础生活照护与专业医疗护理相结合的“1+1”居民长护险制度。享受居家护理的，基础生活照护由失能人员亲属提供，每月补助450元；

专业医疗照护由镇街卫生院提供，按照重度失能等级，每月上门服务2—4次，照护项目采取“10+X”模式，设置10项必选项目和25项可选项目，满足失能人员多样化、多层次需求。享受机构护理的，根据不同重度失能等级，按照不同的标准支付医疗护理机构。

优化“三个环节”，方便群众办理。一是申请受理即时办。失能家庭就近申请或医疗机构上门服务，做到“四随时一及时”，即随时申请、随时受理、随时评估、随时纳入、及时享受待遇。二是评估鉴定上门办。优选二级以上公立医疗机构作为评估机构，组织专家现场评估，整个过程录音完整视频。三是结果纳入透明办。经办机构出具评估结论，在镇街、村居公示，接受社会监督。经公示，对评估结果无异议的，按照规定享受护理保险待遇。

健全“三个机制”，确保行稳致远。一是协议化管理。由经办机构、定点医疗机构、服务提供者、失能人员亲属分别签订协议，同时引入山医康养、春秋康养、子母护理等民营机构提供机构护理市场化服务。二是规范化培训。采取集中培训与上门服务相结合模式，组织医疗专家集中实施专业化培训，既兼顾伦理道德与职业素养，又上门对照护亲属手把手教学、一对一指导，压疮等长期卧床并发症发病率，由政策实施前的60%降至个位数。三是多元化考核。对经办机构人员配备、服务监管等进行量化考核；经办机构对护理机构上门服务率、群众满意度等进行指标考核，以考核定奖惩、以考核促服务。

滨州市医疗保障局

“集采药品进药店” 一键导航可查询 将“集采降价药”送至百姓家门口

12月2日下午，在滨州市滨城区一家神奇大药房的药品柜台前，市民辛女士正在为家中老人购买降血脂常用药。店员在国家集采药品专柜上给她拿了一盒阿托伐他汀钙片，结账时显示3.5元。辛女士表示，这种药之前十三四块钱一盒，“没想到现在一盒的价格还不足原先的零头”。更让她感到高兴的是，集采降价药之前只在医院售卖，而去医院购买往往停车难、排队长，现在在家门口的药店就能买到了，既省钱又方便。

今年自“集采药品进药店”活动启动实施以来，已有数十万人次真正体验到了“家门口”购买集采降价药的便利，减轻群众负担500万元以上。

从无到有，办的是群众最关心的事。药品集采降价后，如何买得到、用得上成为部分行动不便群众最关心的问题。面对原来只能在公立医疗机构购买的情况，滨州市医保局主动对接生产企业、配送公司、定点药店三方，将集采药品送至药店销售，打通“最后一公里”。

活动实施以来，药店积极参与，门店数量不断增长，目前全市207家医保定点药店增设了“国家集采药品专柜”，覆盖所有县市区。截至目前，在365种集采药实现全市112家公立医疗机构可购买的基础上，近百种集采药品也进入各定点药店专柜，零差价对群众销售。其中，阿托伐他汀钙片、格列美脲片等心脑血管药品供不应求，以往只能在医院买到的集采药群众可以随时购买，既减轻了群众就医负担，又方便了群众就近购药，群众获得感大大增加。

从1到N，增加的是对群众最优

的服务。集采药品降价不降质，深受群众欢迎和赞誉，如何最大化地为民服务？就是要不断开展集采药品进药店、进民营医院、进社区卫生服务站、进村卫生室活动，通过公立医疗机构、定点医药机构和一体化管理的村卫生室3个方面N个销售渠道，将“降价格”和“便利购”的福利送至百姓家门口、群众身边。

同时通过及时沟通、主动协调、督促落实等，加强药品质量、购销渠道、管理制度、存储环境等方面的监管，切实保障集采药品的安全。不断完善准入和退出机制，动态调整定点零售药店数量，适时拓展销售渠道，增加销售品种，满足群众需求。

从问到搜，为的是群众最大的便利。定点药店确定了，怎么才能找到呢？为了解决这个问题，滨州市医保局积极创新工作方式，于6月份率先上线集采药品定点药店地图导航功能，实现了一键搜索、导航直达。

为解决商用地图服务场所多、群众自行识别耗时长、易受干扰的问题，梳理全市医保定点集采药品零售药店信息，依托“滨州医保”微信公众平台、高德地图等设置地图导航功能。通过一一核实药店坐标，确保导航准确无误，还可按区县、机构类别获取药店名称、地址及联系方式。

“下一步，我们将持续聚焦群众期盼，不断夯实惠民举措，深化集中带量采购改革，全面拓展‘集采药品进基层’活动，往实里干、往精里干、往群众心里干，努力让‘民生之盼’变成‘民生之努’，让越来越多的群众享受到改革成果。”滨州市医保局党组书记董希国说。

禹城市医疗保障局

构建多层次保障体系 织密多维度服务网络

禹城市医疗保障局坚持“便民、利民、惠民”工作主线，着力构建“15分钟医保服务圈”，不断织密群众待遇享受保障网，努力推动医保经办服务实现“就近办、多点办、全域办”。

聚焦“便捷办”，扎实做好平台建设。一是高点定位布好局。聚焦群众实际需求，在全市建立医保服务站（点）231个，并确定40名社会网格员为医保服务帮办代办员，构建起以经办服务中心为主体，镇街、医疗机构、城市社区、金融网点和网格化服务相配套的综合医保服务网络，最大限度满足群众对医疗保障多元化、便捷化、优质化服务需求。二是规范提升定标准。科学定位各医保服务站（点）职能，从组织架构、设施配套、人员配备、管理规范和服务职责5个方面进行重点规范，坚持“一把尺子量到底”，确保标准明、职责清。三是精准发力优服务。按照“应放尽放”原则，将医疗保险参保登记、医保政策宣传等17项高频服务事项分类下放。组织12名业务骨干分区划片对231个医保服务站（点）上门服务指导，并通过到禹城市医保经办窗口跟班轮训方式，不断提高各医保服务站（点）工作人员业务实操能力，确保下沉业务“放得下、接得住、办得好”。

聚焦“舒心办”，全力做好能力提升。一是突出机构建设。要求各医保服务站（点）配备1—2名专职工作人员，同步接入医保系统平台，实行医保业务无差别化办理。健全完善制度流程，公开咨询投诉电话，主动接受群众监督，切实做到有机构、有设施、有服务、有监督。二是突出能力提升。组织开展“大练兵、大培训、大比武”活动16期，以“小锅灶”方

式，开设医保待遇、基金监管等7类专题业务培训班，着力锻造“开口能讲、问策能对、遇事能办”过硬经办队伍。利用镇街和医疗机构两层基层战线做好政策培训延伸，扎实做好辖区村干部、网格员和村卫生室负责人的兜底培训，确保医保政策的末端落实。三是突出监督考核。抽调业务骨干联合12名医保社会监督员深入基层医保服务站（点）开展“体验式”督查，从办事群众角度发现问题23个，并以信件邮寄的方式进行反馈，倒逼基层医保服务能力提升。

聚焦“高效办”，持续做好服务延伸。一是把服务“提”上来。持续抓紧抓实作风建设“牛鼻子”，进一步规范提升医保工作人员业务能力和服务行为。组织全市200多名基层医保工作人员开展“业务大讲堂”8期，为基层经办机构做好医保工作教法子、指路子。在全市医保系统评选“最美窗口”3个、“最美医保人”12名，不断激发比赶超超活力和争先创优热情。二是把脚步“沉”下去。组织理论宣讲骨干深入基层一线开展特色化宣讲活动26场次，以群口相声、快板书等形式进行广泛宣传，确保群众听得懂、记得住、用得上；开展“医保政策进万家”宣教行动62场次，印制发放宣传资料80000多份，全面拓宽医保政策宣传的广度和深度。三是把问题“捞”上来。畅通电话回访和问卷调查等社情民意收集渠道，重点了解群众在转外就医、手工报销和门诊慢特病等方面的“急难愁盼”。截至目前，共回收调查问卷1200多份，电话回访5300多人次，收集意见建议32条，并结合实际情况进行强化整改，真正让高质量的医保服务离老百姓越来越近，持续提升群众满意度和获得感。