

政策再发力 费用降下去 服务提上来

医保就医用药更显民生温度

本报记者 高燕 摄影 戎高仁

医疗保障是社会保障体系的重要组成部分,关乎人民群众切身利益,是基本的民生工程。为解决好群众看病难、看病贵问题,市医保局日前开展“降费用、提服务”行动,并不断释放政策红利,让就医用药更显民生温度。

据了解,到2022年底,我市实施的多元化医保支付方式,将实现医疗费用减少4000万元,同比降低5%以上;落实药品、耗材集中带量采购,价格平均降幅将达40%以上,降低药耗费用2.2亿元;还有一揽子便民惠民举措,提升医疗保障公共服务能力……



市医保中心办事窗口



市民在市医保中心办理医保结算



市医保中心工作人员向市民解答相关问题



市民在市五医院药房取药



市民在药店刷医保卡购药

医保支付方式改革为百姓看病减负

医保支付方式改革是不断提升医保科学化、精细化、规范化管理水平的重要途径,也是保障医保基金安全、规范医疗服务、促进分级诊疗、减轻患者费用负担的重要举措。

过去,医保支付方式是按项目付费,不仅可能发生“大处方”“大检查”等过度医疗行为,造成医疗资源浪费,而且让参保人多花钱、医保基金多支出。如今,医保支付方式有了大变化,有按疾病诊断相关分组(DRG)付费的,有日间治疗、日间手术按病种付费的,还有精神病专科医院按床日付费等多种支付方式,不仅有利于调动医院和医务人员降低成本、提升服务质量的积极性,倒逼医院和医生调整医疗服务行为,

控制了医疗成本,也为老百姓看病减轻了不少负担。

“以前只知道住院才能报销医药费,现在在卫生院办个日间治疗也能报销呢……”说起日间治疗,灵丘县武灵镇的王女士深有体会。去年3月,她到卫生院就诊,通过检查诊断为淋巴结炎,被收为日间治疗。“刚开始我也不知道啥叫日间治疗,大夫说就是白天去了输液、晚上可以回家的那种,还能报销。我住了5天院,医疗费共788.46元,医保报了668.46元,自己只花了120块钱就看好了病。”

市医保局工作人员告诉记者,今年年底前,全市二级以上公立综合医院将实施按疾病诊断相关分组

(DRG)实际付费,并适时将符合条件的民营二级综合医院纳入DRG模拟付费范围,预计全年试点医院医疗费用减少3600万元,次均费用平均降低500元,同比降幅5%以上。同时,将在全市117个乡镇和社区卫生院推行40个病种日间治疗,按现行支付标准执行,降低群众自付费用40%以上;在市一、三、五医院和国药同煤总医院4家医疗机构开展339个日间手术按病种付费,患者在48小时内完成治疗出院,在不降低诊疗服务的同时,平均缩短3—5个住院日,降低次均医疗费用15%以上;在全市精神病专科医院推行医保按床日付费,年内5家专科医院医疗费用减少400万元,同比降低5%以上。

药品耗材集采挤干“水分”让利患者

减轻用药费用负担是老百姓一直以来的期盼,药品和耗材的集中带量采购让愿望成真。为破解群众看病贵问题,我市医保部门发挥医保基金的“战略购买力”,以量换价,将大量常用药、高值医用耗材、低值医用耗材纳入带量采购范围,挤掉药品、医用耗材流通环节的“水分”,有效降低了药品及医用耗材虚高价格。

“看新闻说,本月胰岛素也将降价,人们常用的甘精胰岛素从平均180元/支降至70元/支左右,每位患者每年能节约费用4000元左右呢,药品

集中带量采购让老百姓得了不少实惠。”市民石先生说,近年来,群众看病减负的好消息不断传出,也常能看到药品、耗材“团购”降价的消息,而且身边好多人已从中受益。

市医保局工作人员介绍,今年我市将进一步推动公立医院对集采药品、国家谈判药品、集采耗材采购使用工作,落地集中带量采购药品将不低于600种,降价幅度40%以上,可节约医药费用1.75亿元;实施国家、省级集采高值医用耗材不低于50种,降价幅度50%以上,节约采购费用3500万元。同时,持续开展市级联盟

低值医用耗材联合带量采购工作,今年将采购4个批次(牵头不低于2批次)低值医用耗材,且遴选我市医疗机构使用量大、采购金额较高的,集采品种将不低于20个,具体品规不低于40种,中选产品平均降幅50%以上,预计可节约低值耗材采购费用1200万元。

另外,还将完善扩围市级药械集中采购平台建设,制定我市平台采购管理机制,丰富挂网目录,吸纳至少2000种以上药品进入市级平台目录,2022年市级平台目录内药品采购价格平均降幅5%以上。

一揽子便民举措让医保服务更暖心

“我是职工医保,现在在外地,因身体不舒服需要住院,请问异地就医备案怎么办呢?”与女儿在北京生活的李女士电话咨询市医保中心的工作人员。当得到“我市职工医保在异地就医或购药,无需进行异地就医备案”的答复时,李女士松了口气,“这个政策太好了!年纪大了网上操作不利索,跑一趟更是不容易,现在省事了也放心了。”

为进一步提升我市医保行业服务效能,市医保局推出一揽子便民举措,释放出暖暖的民生温度。其中,精简职工手工报销经办资料,取消了提供诊断证明、出院证明,调整为提供住院病历复印件即可。职工医保在异地就医或购药,

无需进行异地就医备案,可使用个人账户进行直接结算;异地住院、门诊等就医购药发生费用应由个人承担的部分,可由个人账户基金直接结算支付。同时,完善了新生儿落地参保和系统登记同步,新生儿落地即享医疗保障。

我市还规范了医药机构谈判药品配备、使用,进一步扩大门诊特药范围和品种,报销比例比原来平均提高7.5%。提供异地服务的定点医药机构范围继续扩大,每县(区)开通3家零售药店异地服务功能,实现跨省参保人员异地就医购药直接结算服务。跨省异地门诊直接结算覆盖面也在扩大,全市二级以上医疗机构全部纳入,覆盖了各县区医疗

机构。

今年全市至少有5家医疗机构实现高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗5种门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算,9月底前实现门诊慢性病申报和认定工作线上、线下同步办理。

此外,医保经办机构全面推行综合柜员制,参保人员实现“一次告知、一表申请、一窗办成”,切实解决群众医保报销手续杂、流程多等问题,节省群众办事时间,平均缩短1—2个工作日。推进“互联网+”医保支付工作,今年医药机构医保电子支付凭证应用结算率要达到30%,参保人员无需带卡便可就诊购药。