

宁夏医疗保障信息

2021 年第 4 期（总第 41 期）

宁夏回族自治区医疗保障局办公室

2021 年 3 月 15 日

自治区医保局赴银川市、石嘴山市调研 医疗保障工作

3 月 11 日-12 日，自治区医保局党组书记、局长刘秀丽同志带领区局相关处室、中心负责人组成的调研组赴银川市、石嘴山市调研医疗保障工作。银川市政府分管领导、石嘴山市政府领导、部分县（区）政府分管领导和市县（区）医保局负责人、部分业务干部参加了座谈会。

调研组在银川市、石嘴山市组织召开了座谈会，两市医保局负责人分别汇报了落实全区医疗保障工作会议精神、基金监管、“互联网+”医保服务、行风建设等方面的工作。调研组成员对重点工作进行安排部署，与会人员围绕工作落实、存在的问题和意见建议进行了交流发言。调研组还深入石嘴山市惠农区人民医院、红果子镇政务服务中心医保经办窗口，详细了解参保群众基本医保待遇享受、经办服务业务下沉等情况。

刘秀丽局长对两市医疗保障工作取得的成绩给予充分肯定，

并对落实工作提出要求。一是在基金监管上持续下功夫，两市医保部门要以《医疗保障基金使用监督管理条例》宣传贯彻为抓手，坚持问题导向，率先学法用法，加大培训力度，提升专业能力，做好学用结合文章，精细抓好“清零行动”和定点医疗机构专项治理“回头看”，严厉打击欺诈骗保行为，全面做好医保基金监管工作。二是在改革创新上持续下功夫，全面落实自治区党委、人民政府《关于深化医疗保障制度改革的实施意见》，不断深化改革任务落实，银川市要继续推动“互联网+”医保服务，并将经验做法推广到全区“两病”门诊就诊取药，支持“互联网+健康宁夏”示范区建设。石嘴山市要全面抓好监管信用体系建设试点，并在全区推广实施，全面做好国家DIP医保支付试点工作。平罗县要深化医保支付方式，支持县域医共体建设，合理引导医疗资源下沉，通过提升基层医疗服务能力把参保群众留在县域内看病就医。三是在行风建设上持续下功夫，两市医保部门要以党史学习教育为契机，持续巩固模范机关创建成果，全面推行“好差评”制度，争当全区医保行风建设的排头兵，着力解决医疗保障服务领域难点、热点及堵点问题，打造群众满意的医保服务窗口，不断增强人民群众在医疗保障领域的获得感、幸福感、安全感。

宁夏出台《关于深化医疗保障制度改革的实施意见》

近日，宁夏回族自治区党委、人民政府印发了《关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（宁党发〔2021〕13号）（以下简称《实施意见》）。

《实施意见》深入贯彻党中央、国务院深化医疗保障制度改革的意见要求，紧密结合宁夏实际，全面规划和部署了未来 10 年宁夏医疗保障制度改革工作，夯实医疗保障制度基础，着力解决全区医疗保障发展不平衡不充分的问题，对每一项重点任务都明确了责任单位和改革的时间表、路线图。

《实施意见》包括 8 个部分 27 项改革任务，提出了“1+4+2”的总体改革框架。“1”是实现一个目标，即全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助共同发展的多层次医疗保障制度体系。“4”是完善“四个机制”，即完善公平适度的待遇保障机制、健全稳健可持续的筹资运行机制、建立管用高效的医保支付机制、完善严密有力的基金监管机制。“2”是健全“两个支撑”，即协同推进医药服务供给侧改革、提高医疗保障公共管理服务水平。

下一步，我区将按照《实施意见》所设定的目标任务，结合全民医保“十四五”规划的落实，分阶段完成重点改革任务。到 2025 年，全区医疗保障制度更加成熟定型，基本完成待遇保障、筹资运行、医保支付、基金监管等重要机制和医药服务供给、医保管理服务等关键领域的改革任务。到 2030 年，全面建成多层次医疗保障制度体系，医保治理现代化水平显著提升，实现更好保障病有所医的目标。

我区医保信息化取得积极进展和成效

2020 年 10 月以来，在自治区党委、政府的坚强领导和国家医保局的有力指导下，针对我区医保信息化建设工作滞后的问

题，我局认真查找问题症结，通过采取倒排工期压茬工作、争取国家医疗保障局支持、充实人员专家队伍、加强与有关部门的协调沟通等措施、全力推进医保信息平台可研报告编制审批、医保电子凭证的推广使用、15项医保业务信息编码落地等重点工作，截止2020年12月末，我区医保信息平台建设工作全国考核排名已从2020年10月全国第29名上升到第16名，可研报告审核通过、电子凭证激活全国排名靠前、编码落地在全区部署。同时，我局加大国家建设资金的争取力度，局领导多次带队赴京与国家医疗保障局沟通协调，通过积极努力，已争取到全额中央资金建设我局医保信息化平台。

今年以来，我局继续全力推进医疗保障信息平台的建设工作，努力争先创优。一是在可研报告批复的基础上，完成了信息平台初步设计的招标工作，目前正在紧锣密鼓地编制初步设计；二是继续加大医保电子凭证的应用宣传力度与推广力度，已成功为200多万参保人，4000多家医药机构提供医保电子凭证服务；三是无死角全方位开展全国医保“通用语言”15项医保业务编码贯标培训工作，组织工作团队赴市县（区）现场指导，预期将完成国家局安排的贯标工作任务；四是与政办、公安、民政等单位沟通协调，建立长效的合作机制，打破信息孤岛，建设良好的数据共享渠道，逐步实现职能部门间业务协同、数据共享，提升医保各级经办中心的办事效率，为参保人提供更加便利、智慧的医保业务服务；五是积极推进医保核心骨干网络建设、医保数据中心基础建设等工作，为医保信息平台建设落地奠定基础。下一步，我局将根据自治区党委政府和国家医疗保障局的安排部署，

在完成平台建设初步设计编制、报审后，严格规范开展项目建设招标工作，全面开展医保信息平台建设工作，力争赶上全国建设进度，确保医保信息平台在今年下半年在我区落地实施。

自治区医疗保障局开展 2020 年度大病保险年度考核工作

为科学评价我区城乡居民大病保险实施成效，不断提高大病保险运行效率、服务水平和质量，3月9日-10日，自治区医保局联合财政厅、各地市级医保局组成年度考核组，对承办我区大病保险的首席商业保险机构进行了实地考察。

考核组对标《自治区医疗保障局关于开展城乡居民大病保险业务考核工作的通知》《宁夏回族自治区城乡居民大病保险考核内容及评分标准》，深入人保财险公司、银川市部分医疗机构和市县经办机构，采取听取汇报、召开座谈会、现场查看走访、查阅原始档案资料、统计报表和年度审计报告等形式，重点从商保公司基础管理、结算管理、基金监管、报表运行分析及群众满意度等5个方面对大病保险政策执行和服务合同履行情况逐项作了评定。本次考核结果将作为年终大病服务质量考评依据，未达标的一次性扣除相应质量保证金。

下一步，我们将继续指导商保公司以本次考评为契机，发挥专业优势，加强数据分析，形成我区大病保险运行情况年度报告；紧盯存在问题，狠抓业务培训，提升业务能力和服务水平，着力维护人民群众健康权益；有力发挥与基本医保协同互补作用，输出充沛的保障动能，确保我区大病保险稳健运行和可持续发展。

宁夏“四方力量”推进医疗信息强制披露制度提质增效

为全面落实中共中央 国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）和国务院办公厅《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）精神，进一步夯实医疗信息强制披露制度，提升医疗服务信息透明度，我局积极调研总结上年度信息公示经验，继续深化探索信息公示制度，凝聚多方力量为医疗信息强制披露制度提质增效。

一是利用第三方技术力量，提升数字监管。及时联系第三方技术公司，规范医学术语和医疗服务数据，将全区54家二级及以上公立定点医疗机构医保基金支付项目及学科常见病、多发病和治疗手段相对固定等10个病种的疾病种类、医保支付比例、费用结构确定为此次信息公开内容，确定数据提取范围，及时召开数据评估座谈会，反复分析筛取疑点数据，确保数据真实有效。

二是集中线上线下双渠道力量，强化社会监督。各级医保部门与自治区内的等多家权威新闻媒体建立合作机制，在经办服务场所设置专门的公示场所，利用自治区医保局官方网站和微信公众号，对全区医保信息依法依规向社会公开，加大社会公众对医疗服务的知晓度及对医保监管的参与度，不断壮大医保监管队伍，在全社会范围内构建起“我要监督”和“我能监督”的良好氛围，强化社会公众对医疗服务的监督作用。

三是调配医保监管力量，加大部门联动。明确各级医保部门将信息公示结果列为考核各医保统筹地区定点医疗机构的重要

依据，督促医疗机构主动抓好医保控费。将公示指标质量作为协议管理、费用监控、稽查审核的重要依据，将公示信息内的疑点数据作为各级医保部门监督检查的尚方宝剑，组织成立调查小组进行核查，充分发挥医疗信息强制披露制度作用，为医疗机构及欺诈骗保行为敲响警钟。

四是发动医疗机构力量，推动制度创新。积极引导医疗机构主动公开服务信息，建立医疗机构信息公开制度，增强社会责任感，及时开展自查自纠，严格进行医保控费，将信息公示作为优化服务的重要依据，在全区医疗机构中形成良性竞争，成为人民群众看得起，信得过的医院，树立起行业标杆，不断织密扎牢医保基金大笼子。

工作动态

央视《经济半小时》深度报道银川市“互联网+”医保高质量、可持续发展新模式

3月11日，央视《经济半小时》“扑面而来的互联网医疗”聚焦银川市互联网医疗体系，对银川市“互联网+”医保高质量、可持续发展的新模式进行了深度报道。

2017年以来，银川市全力构建“互联网+医疗健康”服务模式，特别是宁夏获批成为中国首个“互联网+医疗健康”示范（省）区后，我市紧紧抓住全区“互联网+医疗健康”示范区建设契机，坚持“创新、突破”理念，紧紧围绕“方便百姓、优化服务”原则，在医疗保障领域大胆探索“互联网+”医保服务，在互联网

医院开通了个人账户、普通门诊统筹、门诊大病统筹等服务，先后实施了互联网医院医疗保险个人账户支付问诊费用、职工医保和居民医保门诊统筹费用报销、门诊大病就诊费用报销等试点政策，取得了较好成效。特别是新冠肺炎疫情期间，互联网医院便捷、高效的医保服务方式大大减少了患者往返医疗机构的频次，降低了人员聚集的风险。

2019 年，市医保局顺应数字经济高速发展的时代潮流和“互联网+医疗健康”示范区建设的战略机遇，打破旧思维，在全国首创了门诊大病互联网医院就诊报销制度，开创了门诊大病患者线上就诊、报销、送药上门的“互联网+医保”服务新模式，极大地方便了患者就诊，解决了患者的一些刚性医疗需求。2020 年，将纳入互联网医院诊疗的门诊大病病种从 2 种扩展到 8 种，门诊统筹报销比例提高 10 个百分点，支付限额提高 3 倍，受到广大参保群众的一致肯定和称赞。下一步，在充分研究论证的基础上，将继续把服务成熟的门诊大病病种扩大到互联网医院的服务之中，并将效应放大到全自治区乃至周边省市，为广大参保群众提供更加便捷舒心的医保服务。

市医保局将继续依托智慧城市建设，利用互联网医院数据和服务双重推动“医疗+医药+医保”三医联动，不断放大医疗保险的保障效应，提高医疗保险基金使用效率，深入探索完善“互联网+”医保政策，不断提高互联网医院医保服务覆盖面，促进我市“互联网+”医保服务迈上新台阶，为广大参保人员提供更加便捷高效的医疗保险服务，为互联网医保服务创出路子，做出示范。

中卫市医疗保障局积极担当作为 巩固脱贫攻坚成果助力乡村振兴

为全面巩固医疗保障脱贫攻坚成果，推进脱贫攻坚与乡村振兴有效衔接，中卫市医保局紧紧围绕医疗保障脱贫攻坚目标，充分发挥基本医保、大病保险、医疗救助各项制度的综合保障作用，实现了农村贫困人口参保全覆盖、资助全落实、待遇全享受、保障更有力，全力巩固医疗保障脱贫攻坚战成果，助力乡村振兴。

一是贫困人口参保全覆盖。与相关部门衔接建立信息比对机制，在前期参保缴费清零的基础上，全面做好新增贫困人口动态参保工作。截至目前，建档立卡贫困人口、边缘人口、特困人员、低保对象、老弱病残等特殊困难人群参保全覆盖。

二是贫困人口资助全落实。按照 2021 年度我区城乡居民医保个人缴费标准为 300 元/年。特殊困难人员缴费标准为城乡特困供养人员、孤儿、二级以上重残人员、无城镇职工基本医疗保险的离休干部遗孀个人不缴费；重点优抚对象、高龄低收入老年人、农村建档立卡贫困人口、低保对象个人缴费 30 元；三级中度残疾人员个人缴费 64 元。特殊困难群体人员有多重身份的，个人缴费按就低原则执行。资助率达 100%。

三是贫困人口待遇全享受。按照现行扶贫标准，将农村贫困人口全部纳入基本医保、大病保险、医疗救助三重保障范围，全面排查农村贫困人口待遇享受情况，确保贫困人口待遇全享受。目前，全市建档立卡贫困人口住院医疗费用经基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重保障后，费用报销比例均在政策范围内。

四是提升医保经办服务水平。全市 73 家定点医疗机构全部实现基本医保、大病保险、医疗救助“一站式服务、一窗口办理、一单制”结算，481 家村卫生室实现刷卡就医结算。建档立卡贫困人口在全市定点医疗机构就诊均实行“先诊疗后付费”“一站式即时结报”。同时，简化异地就医备案登记手续，缩短办事时间。大力推行“网上办”“电话办”“邮寄办”等方式，尽可能地方便参保人员异地就医，实现备案服务“不见面、零跑腿”。

五是强化医保政策宣传。把医保政策宣传融入到脱贫攻坚和乡村振兴工作始终，积极利用入户走访、集中宣传、印制发放宣传资料等方式，广泛宣传医保政策，让参保人员知晓最新医保政策，有效提高了群众对医保政策的知晓率，增强了群众对医疗待遇保障的认同感、获得感和满意度。

盐池县在全区率先开展县级药品、医用耗材集中采购谈判议价，最高降幅 77%

为深入推进县域综合医改，提高公立医疗机构药品耗材采购供应保障水平，缓解群众就医用药负担，盐池县在全区率先开展县级药品、医用耗材集中采购谈判议价工作，最大程度降低药品、耗材成本费用。一是科学制定实施方案，保证议价标准化。充分借鉴谈判议价成功地区经验，结合我县实际制定了《药品、医用耗材集中采购实施方案》，成立以县政府分管领导为组长的领导小组，召开药品、耗材集中采购谈判启动会，对谈判议价流程、要求内容进行解读，统一思想、强化组织保障。利用大数据统计

汇总医疗健康总院药品、医用耗材、检验试剂等使用情况，在数据准确、科学、合理的基础上制定完善集中采购工作实施细则，编制集中采购目录、谈判议价公告等集中采购工作文件。组织专业人员对参与谈判的 198 家配送企业的资质、证明文件的完整性、真实性、合法性进行审核。动态更新集中采购谈判议价专家库名单，严格做好事前审核关。二是精心组织谈判议价，争取降幅最大化。根据采购方式、涉及专业类别、临床用量、采购价格等因素，将涉及药品、高值耗材、体外诊断试剂等 4200 个品种明确分类，确保真正价高、使用量大的医药成本费用降下来。成立监督组对现场工作人员及谈判全过程进行监督，公证人员全程监听，执法记录仪录拍谈判全程。最终西成药、中药饮片、高值医用耗材、试剂最高降幅分别达 5%、31%、77%、49%，总体降幅在 25%-35%。三是强化全过程监管，促进工作规范化。做好事前审核与事中、事后监督无缝对接，根据谈判议价结果制定《药品、高值医用耗材、体外诊断试剂采购供应目录》，签订《药品、高值医用耗材、体外诊断试剂集中采购合同书》，明确甲乙双方协议履行权利义务。制定了《药品、耗材集中采购监督考核办法》，对医疗机构采购行为及配送企业配送质量、配送服务情况等进行了考核评估，医疗健康总院及其成员严格按照协议要求开展采购工作，药品、高值医用耗材必须通过集中采购平台阳光采购，禁止线下采购或违规采购；根据考核结果动态调整配送企业名单，配送企业按照协议条款保质保量及时供货，未按规定的时间及时供货，造成不良影响的，解除采购协议、支付违约金并承担相关责任。四是严把结算审核关，推进采购阳光化。坚持公平、

公正、公开的原则，建立医疗保险服务中心与供应商按月结算制度，严格执行结算审核流程，全面核实采购情况及采购金额，对合规费用及时进行结算，促进药品、高值耗材及体外诊断试剂结算工作程序化、制度化、规范化，坚决杜绝医药购销领域商业贿赂行为。

通过谈判议价大幅降低了药品、医用耗材虚高价格，节省了大量医保资金。据测算，2020年县医疗健康总院第四季度药品、高值耗材及检验试剂采购支出节省了256余万元。2020年职工医保基金结余3083万元，较上一年增加了500万元；居民医保资金结余1649万元，较上年增加了1000万元。药品、医用耗材集中采购谈判议价为调整优化医疗服务价格腾出了空间，切实减轻了群众的用药负担，有效地推动了医疗、医保、医药“三医联动”改革。

医保三举措优化服务暖民众之心

为进一步强化医保政务服务，全面提高医疗保障服务效率，实现“群众办事不求人、最多只跑一次”的目标，惠农区医保局政务大厅医保窗口，通过规范、公开、透明、便民、高效的医疗保障服务，不断增强人民群众的获得感、幸福感、安全感。

一是推行线下医保服务“一门办”。认真贯彻落实“实行一窗式受理、一次性告知、一条龙服务、一站式办结”的工作制度，规范公开程序，完善公开流程。同时，要按照“审批在中心、办结在中心”的要求，进一步简化、减少办事环节，让群众有问而来，满意而归。

二是推行线上医保服务“一网办”。通过手机 APP“我的宁夏”，切实提供优质、便捷、高效的政务服务，规范服务方式，提升服务效能，增强服务意识，实行“四零”服务，即“服务过程零障碍、服务方式零距离、服务质量零缺陷、服务效果零投诉，为办事群众提供优质高效的政务服务。

三是全面建立医保服务“好差评”制度，加强监督评价。用好评价结果，完善保障措施，形成评价、反馈、整改、监督全流程衔接，建立健全追责问责工作机制，推动医疗保障政务服务质量和水平不断提升。及时受理、处置、答复涉及医保投诉举报和意见建议；并设置医保热线，及时回应群众投诉举报，把群众利益维护到位。

送：局领导，机关各处室、中心。

发：各市、县（区）医疗保障局、宁东管委会社会事务局。

签发：张 斌

审核：刘轶文

编辑：刘 伟

电子邮箱：nybbgsxxfg@163.com

联系电话：0951-5166012

宁夏回族自治区医疗保障局办公室

2021 年 3 月 15 日印发