

坚持人民至上 奋力书写郑州医保时代答卷

——郑州市医疗保障非凡十年回顾

编者按：

医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。习近平总书记深刻指出，“我们建立全民医保制度的根本目的，就是要解除全体人民的疾病医疗后顾之忧”，明确了医疗保障制度的基本定位。党的十八大以来，在市委、市政府的坚强领导下，全市医保系统深入贯彻党中央、国务院深化医疗保障改革的决策部署，坚持以人民为中心的发展理念，持续完善制度、深化改革、创新治理、精准管理、优化服务，切实降低人民群众的医疗费用负担，不断增强人民群众在医保领域的获得感、幸福感、安全感。郑州医疗保障事业取得历史性成就、发生历史性变革，在解除人民群众疾病医疗后顾之忧、支持医药卫生事业发展、维护社会稳定和推动共同富裕上发挥重要作用。

十年来，全市参保人员范围持续扩大，截至2022年7月，郑州市职工医保参保292.72万人，较2012年(148.35万人)增长了144.37万人，参保人员增加97.31%；城乡居民医保参保589.69万人，较2012年(99.7万人)增加了5倍。

十年来，全市医保基金收支规模持续扩大，2021年郑州市城镇职工基本医疗保险基金收支规模达到251亿元，较2012年(50亿元)增长5倍；城乡居民医保收支106亿元，较2012年(8.9亿元)增长12倍。

十年来，基本医疗用药范围持续扩大，从2012年的307种增加到2021年的2860种，目录范围扩大了9.3倍，诺西那生钠注射液、瑞戈非尼(拜万克)、西妥昔单抗(爱必妥)、维莫非尼(左博伏)、伊布替尼(亿珂)、奥曲肽(善龙)等救命救急的好药被纳入医保报销范围。

自2019年市、县两级医保部门组建，郑州医疗保障事业进入全面发展阶段，医疗保障制度改革不断深化，多层次医疗保障体系基本建成，待遇水平逐步提高，供给侧改革持续深入，基金安全防线进一步筑牢，便民服务水平稳步提升，人民群众医疗负担显著减轻。



郑州市实施门诊慢特病网上办理，患者在医院就能完成慢病申报，慢病患者看病拿药更加便捷。



郑州人民医院“郑州医疗保障服务站”正在受理群众申办业务。除市县两级17个办事大厅外，我市已建成194家医疗保障服务站。

坚持政治引领，努力担当使命，勇毅前行走好新时代赶考路

习近平总书记指出，坚持人民至上，坚持共同富裕，把增进民生福祉、促进社会公平作为发展社会保障事业的根本出发点和落脚点，使改革发展成果更多更公平惠及全体人民。十年来，全市医保部门自觉践行以人民为中心的发展理念，推进全民医保、实现人人享有，着力解决广大群众医疗保障“急难愁盼”问题，在打赢脱贫攻坚战、抗击新冠肺炎疫情中彰显医保担当，医疗保障发展更加公平、更有效率、更可持续、更高质量，人民群众医保获得感、幸福感、安全感持续提升。

医保体制活力不断彰显，制度体系更加公平。全面建立城乡统一的居民医保和大病保险制度，基本形成以基本医保为主体、医疗救助为托底、补充医疗保险和商业健康险等共同发展的多层次医疗保障体系。打破了城乡户籍限制，整合建立了统一的城乡居民基本医疗保险制度，消除了城乡医保待遇差别，实现城乡居民在同一种医保制度下享受平等的医疗保障权益；将我市居住证持有人纳入城乡居民医保保障范围，与户籍居民享受同等缴费标准、财政补助标准和待遇保障标准。作为全国12个试点城市之一，郑州市率先探索将职工医保和生育保险合并实施，实现统一参保登记、统一基金征缴、统一医疗服务管理、统一经办和信息服务、职工生育期间的生育保险待遇不变。持续完善职工基本医疗保险制度，修订了职工医保政策，进一步提升职工医疗保险的保障范围和保障效能，打通了已退休人员参保制度障碍，构建了更加公平的医疗保障制度体系。全面做实基本医疗保险和生育保险市级统筹，在全市范围内实现了医保基本政策、待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理、信息系统“六统一”，进一步增强了我市基本医疗保险的普惠性、公平性和可持续性，实现全市医保统筹“一盘棋”、“就医”无异地。

随着医保事业发展，省会人民医疗健康得到有效保障，民生福祉更加可及。数据显示，居民医保筹资水平稳步提升。财政补助标准由420元/人·年提高到780元/人·年，个人缴费标准由150元/人·年提高到350元/人·年。医疗保障待遇水平稳步提高。职工医保和居民医保年度最高支付限额统一提高到55万元，在职人员三类医院的住院报销比例由85%提高至88%；城乡居民医保大病保险起付线由1.5万元降至1.1万元。门诊慢特病范围不断扩大。门诊规定病种和重特大疾病门诊病种数量分别由27种、33种增加至32种、40种，新增重特大疾病门诊特药180种；将城乡居民高血压、糖尿病门诊用药纳入医保报销范围，并在全省率先组织实施，有力地减轻了“两病”患者的门诊用药负担。实施职工医保门诊共济保障。通过改革个人账户计入办法，全市每年将释放19.1亿元用于294万参保职工的门诊报销。每人每年最高报销门诊费用2300元，基层医院最高报销比例可达75%且不设起付线。职工医保门诊共济保障个人账户、门诊统筹和门诊慢特病“三位一体”的待遇保障体系，进一步提升基金使用效率，减轻群众特别是老年群体门诊医疗费用负担。

疫情防控中担当作为，医保民生底线更加稳固。我市坚持“动态清零”总方针，全力以赴做好预拨医保基金、减征医疗保险费、保障疫苗费用、实施长处方报销等措施，开通绿色通道保障新冠治疗药品耗材供应渠道，确保患者不因费用问题影响就医、确保收治医院不因支付政策影响救治，实现患者救治不愁、群众接种不愁、各方防控减负。2020年以来，累计拨付或减征医保基金23.59亿元，其中预拨新冠肺炎救治定点医院1.1亿元、阶段性减征医疗保险费11.2亿元、上解新冠疫苗费用8.59亿元、支付新冠疫苗注射费1.96亿元、支付八类重点人群住院核酸检测费7147万元(不含个人账户支付核酸检测费1166万元)、结算新冠肺炎确诊患者和疑似患者费用293万元。

助力脱贫攻坚乡村振兴，改革发展成果更加普惠。始终坚持尽力而为、量力而行，最大限度发挥医保基金保障效能。将建档立卡贫困人口全部纳入保障范围，严格落实贫困人口医疗保障各项惠民倾斜政策，扎实做好慢性病审批、待遇报销、财政代缴医保费等工作；加强医保扶贫能力建设，在全省率先实现了贫困人口住院费用市内“一站式结算”，有效解决了困难群众跑腿垫资问题。2017年~2021年，各项医保扶贫政策惠及贫困人口近44.7万人次，医保支付超过5.9亿元。其中享受住院待遇98282人次，医保支付3.62亿元；门诊慢特病报销194749人次，医保支付4571.64万元；困难群众(含建档立卡贫困人口)享受医疗救助154089人次，基金支出1.87亿元。

高举改革旗帜，持续推进“三医联动”，医疗保障事业行稳致远不断前进

时代是出卷人，我们是答卷人，人民是阅卷人。党的十八大以来，市医疗保障局党组坚持在经济社会发展大局中找准职能定位，把改革创新作为郑州医保旗帜上最鲜明的“底色”，把增进人民群众健康为根本目的，各项工作取得新成效。

全面深化医保支付方式改革，不断提升医保基金使用效益。探索实施了实行以总额预付为主，以按项目、病种付费为辅的复合付费方式。在60家二类以上公立医院实施按病种付费改革，104个病种收费标准平均降低12%，最大降幅42%，降低最大金额26269元。加快推进按病种(DIP)分值付费改革，DIP实际付费定点医疗机构数量已经达到401家，DIP病种分组数量达到11786个，提前两年完成国家确定的“统筹区域、医疗机构、病种全覆盖”的目标。

常态开展药品耗材集中采购，彻底挤出药价虚高水分。牵头承办河南省中部片区联盟药品集中采购，中选的8种药品价格平均降幅83.26%，其中，法莫替丁冻干粉注射剂降幅达到93.56%。完成9批次197种药品的集中采购工作，药品价格平均降幅50%以上，部分药品降幅超过90%；完成6批次20类医用耗材的集中采购，其中冠脉支架均价由1.3万元降至700元，挤出了药品耗材价格虚高的水分，群众的获得感更加强烈。

稳步推进医药服务价格动态调整，助力医疗机构高质量发展。创新规范医疗服务项目价格定价规则，逐步理顺医疗服务比价关系。2020年，全面取消公立医院耗材加成，对我市2067项医疗服务项目进行调整，其中新增25项、调增1717项、调降925项，综合补偿率达到了105.6%。2021年，新增审核医疗服务价格

项目77项，新增和修订市、区两级中医医疗服务价格项目136项，我市的中医医疗服务项目实现更好计价、更好执行、更好评价，得到各级医疗机构的高度评价。

重拳打击欺诈骗保，坚决牢牢守好人民群众救命钱。深入贯彻实施《医疗保障基金使用监督管理条例》，建设医保基金智慧监管系统，畅通群众监督渠道，开展“双随机、一公开”检查、突击检查、交叉互查等行动，不断优化行衔接、行刑衔接等“一案多查、联合惩处”机制，持续巩固高压震慑态势。郑州市医保局成立以来，共查处定点医药机构1390家，处罚、追回、拒付医保基金2.94亿元，向公安、纪检部门移交骗取医保基金案件34件。

智能与传统方式并举，优化群众医保服务体验。优化窗口服务。积极推动医保办事大厅入驻政务服务大厅，确保办事群众最多跑一次，一次就办成；实行“综合柜台制”，实现医保与社保业务一窗受理，后台分办办；将23项医保高频业务下沉社区、银行和定点医疗机构，建成194家医保延伸服务点，实现医保业务“就近办”。创新医保服务。持续推进异地就医直接结算，开通郑好办、支付宝、微信等5个网上备案渠道，开通门诊、住院异地就医直接结算定点医药机构407家，所有异地就医业务均可“不见面办理”、“一站式结算”；实行门诊慢特病全域网办，简化程序、优化流程、取消体检，实现随时申报、随机分配、匿名评审、网上审批、网上办结，符合条件的参保群众从提出申请到享受待遇最快1天即可完成。建成“一号咨询”。在全省率先开通12393医保服务热线电话，可为全市群众提供“7×24小时”的政策咨询、业务查询、举报投诉等服务，接通率达到98%以上，实现“一线通民情、一线知民意、一线解民忧”。



左图在全省率先建成12393医疗保障服务热线平台，实现“7×24小时”不间断服务。



下图在新冠肺炎疫情防控中展现担当作为，实现患者救治不愁、群众接种不愁、各方防控减负。



郑州市医保局开设“医保便民热线直通车”，定期做客直播间宣传医保政策、解答群众问题。

牢记初心使命，践行“国之大者”，奋力谱写新时代郑州医保高质量发展新篇章

回首来路，倍感欣慰，眺望前路，信心满怀。2022年，郑州市委、市政府印发出台《深化医疗保障制度改革的实施意见》和《郑州市医疗保障十四五规划》等医保纲领性文件，为全市医疗保障事业发展擘画了宏伟蓝图。下一个十年，郑州市医保局将深入贯彻习近平总书记关于医疗保障工作的重要论述，坚持以人民为中心的发展理念，深化医疗保障制度改革，完善医疗保障制度体系，健全医疗保障配套治理机制，发挥医保基金战略性购买作用，推进医保和医药服务协同发展，提高医疗保障公共服务能力和水平，推动医疗保障治理体系和治理能力现代化，努力解除人民群众的疾病医疗后顾之忧。

一是统筹医保制度改革，持续提高群众保障质量。完善医疗保障待遇政策，根据医保基金承受能力，适时调整住院起付标准、报销比例和最高支付限额等医疗保障待遇标准。积极探索缴费年限、缴费水平与待遇挂钩机制。在支付方式改革方面，实施医保基金总额预算管理，推行多元复合式医保支付方式，实施按疾病诊断分组付费和按病种分值付费，对紧密型县域医共体实行医保总额付费。探索符合中医药服务特点的支付方式，支持提供和使用适宜的基本中医药服务。

二是建立重大疫情保障机制，最大限度保障群众生命健康。建立应对突发疫情等特殊情况的医疗保障应急处理机制，实施重大疫情防控期间医疗保险费减征缓缴政策。保障突发疫情等紧急情况期间的救治经费，建立健全重大疫情医保基金预付和医疗费用结算、清算机制，完善异地就医直接结算制度，确保医疗机构先救治、后收费。

三是保障公平适度、稳健可持续，推动人民群众共建共享。在参保缴费方面，改进灵活就业人员参保缴费方式，解决新经济组织、新业态从业人员参保和待遇享受中存在的问题；完善基金征收机制，提高征管效能，加强欠费追缴，实现应收尽收。在政策设计上，按照与各方承受能力相匹配、与基本健康需求相协调的原则，合理确定职工医疗保险的费率、用人单位和个人的缴费分担比例。合理划分城乡居民医保的政府与个人的筹资责任，政府补助和个人缴费与经济发展水平和居民人均可支配收入相适应。均衡个人、用人单位、政府三方筹资缴费责任，优化筹资结构，建立筹资动态调整机制，推动实现筹资稳定可持续。

四是加强医保供给侧改革，让全市百姓享受更多质优价廉的医药服务。推进药品耗材集采，探索医保基金与医药企业直接结算，完善医保支付标准与集中采购价格协同机制，落实集中采购医保资金结余留用政策，推进谈判药品“双通道”管理，提升谈判药品的供应保障水平。规范医药服务价格，建立医疗服务价格科学确定、动态调整机制，逐步提高体现技术劳务价值的医疗服务价格，降低设备物耗占比高的检查检验和大型设备治疗价格，持续治理药品、高值医用耗材价格虚高。

五是优化医保公共管理服务，让群众办理医保更加便捷高效。坚持传统服务与智能创新相结合，建设处方流转平台，实现“互联网复诊+处方在线流转+医保在线支付+药品配送到家”的全流程在线服务。完善市、县、乡、村四级医疗保障经办服务体系，推进医疗保障服务在银行网点、定点医药机构的延伸工作。

本报记者 王红 通讯员 方志田 林洪冬
本版图片均由市医保局提供