

邢台市医疗保障局文件

邢医保字〔2024〕2号

邢台市医疗保障局 印发《关于缩小住院实际报销比例与 政策范围内报销比例差距 进一步减轻群众 就医负担的若干措施》的通知

各县（市、区）医疗保障局，市本级医疗保障经办机构：

根据河北省医疗保障局《关于缩小住院实际报销比例与政策范围内报销比例差距 进一步减轻群众就医负担的若干措施》（冀医保发〔2024〕2号）文件精神，结合邢台实际，制定了邢台市医疗保障局《关于缩小住院实际报销比例与政策范围内报销比例差距 进一步减轻群众就医负担的若干措施》，已经局党组会议

研究，现印发你们，请认真贯彻落实。

邢台市医疗保障局



(主动公开)

缩小住院实际报销比例与政策范围内 报销比例差距 进一步减轻群众就医负担的 若干措施

为深入贯彻落实党的二十大精神，全面贯彻国家、省医疗保障工作会议精神和市委、市政府决策部署，持续巩固提高住院实际报销比例“三个 1%”行动成效，进一步缩小住院实际报销比例与政策范围内报销比例差距，到年底实现实际报销比例比 2022 年提高不低于 5 个百分点的目标，进一步减轻人民群众就医负担，推动更好实现让群众“看好病、少花钱、少跑腿”。结合实际制定如下措施：

一、稳步扩大医保目录，将更多由群众个人负担的医疗费用纳入医保报销范围

（一）落实 2023 年国家新版医保药品目录。按照《河北省医疗保障局办公室 河北省人力资源和社会保障厅办公室关于执行〈国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2023 年）〉有关问题的通知》（冀医保办〔2023〕46 号）要求，于 2024 年 1 月 1 日起执行国家《2023 年药品目录》。新版目录共收载西药和中成药共 3088 种，其中西药 1698 种，中成药 1390 种。另外，还有基金可支付的中药饮片 892 种。执行新版药品目录后新增了 126 种药品（其中常规西药类新增 5 种，谈判药西药新增 96 种，谈判药中成药新增 9 种，竞价药新增 16 种），通过扩大药品目录，进一步提高参保人员住院费用报销范围。（牵头单位：待遇保障

和医药服务管理科；配合单位：规划财务和法规科、各县（市、区）医保局）

（二）落实谈判药品单独支付保障政策。将适合门诊使用的谈判药品（含竞价药、转为常规药品的谈判药品）纳入单独支付药品范围，根据基金承受能力确定具体支付比例和最高支付限额。基金支付额度计入本人基本医保统筹基金年度最高支付限额。

（牵头单位：待遇保障和医药服务管理科；配合单位：医疗保险基金管理中心、各县（市、区）医保局）

（三）做好医保目录信息系统更新维护。省局目录调整后严格按照执行时间及时完成医保药品、医用耗材和医疗服务项目目录在医保信息系统内的更新维护。指导各县（市、区）组织属地定点医药机构及时对照和更新本单位目录库，确保参保人员医疗费用及时、准确上传。（牵头单位：待遇保障和医药服务管理科、规划财务和法规科；配合单位：各县（市、区）医保局）

（四）支持医院制剂和集采医用耗材纳入医保目录。按照省局工作安排，组织定点医疗机构开展申报，对临床必需、安全有效、使用方便、价格合理的医院制剂和集采医用耗材进行审核评估，并按照权限将符合条件的积极向省局推荐纳入河北省基本医疗保险支付范围。（牵头单位：待遇保障和医药服务管理科；配合单位：规划财务和法规科、各县（市、区）医保局）

（五）建立完善康复项目儿童门诊单独支付政策。提高残疾儿童医疗康复保障水平，将“运动疗法”等 14 个适用于门诊不需要住院的、治疗类的康复项目纳入 6 岁以下儿童门诊单独保障

范围，明确门诊报销比例，将基金支付额度计入统筹基金年度支付限额。做好医保信息系统维护，加强政策解释和宣传，积极引导符合条件的儿童选择门诊康复治疗。（牵头单位：待遇保障和医药服务管理科、医疗保险基金管理中心；配合单位：规划财务和法规科、各县（市、区）医保局）

二、坚持应采尽采，持续推动药品和医用耗材集采扩围提质

（六）稳步扩大集中带量采购范围。积极参加国家、省、联盟城市组织的药品医用耗材集中带量采购工作，全面落实集中带量采购政策，不断扩大采购品种和范围。加大集中带量采购政策的落实力度，进一步减轻群众医药费用负担。督导医疗机构积极参与集采工作，应采尽采；协调解决药品医用耗材配送问题，多措并举加强中选产品供应保障；强化医疗机构集采产品执行情况监测，督导医疗机构优先使用价格较低的中选产品，同时加强对使用非中选产品的监控和管理。（牵头单位：医药价格和招标采购科；配合单位：各县（市、区）医保局）

（七）及时落实集中带量采购中选结果。积极组织医疗机构开展填报需求量、分配协议量、签订三方协议等工作，确保群众尽早用上质优价宜的中选药品。平稳有序做好国家、省组织的药品医用耗材集中带量采购续约工作。（牵头单位：医药价格和招标采购科；配合单位：各县（市、区）医保局）

（八）落地执行联盟地区集中带量采购。按照省局部署，积极参加京津冀联盟等跨地区联盟集中带量采购，严格落实集中带量采购中选结果。（牵头单位：医药价格和招标采购科；配合单

位：各县（市、区）医保局）

（九）引导医疗机构规范网采。符合挂网规定的中药饮片和第二类精神药品在省级平台挂网后，医疗机构要根据临床需求规范网采，并引导患者优先使用质优价宜的药品。各县（市、区）医保部门依托省级平台对统筹区内各医疗机构网采情况进行监测，督导其规范使用网采药品，切实节约医疗费用，减轻患者负担。（牵头单位：医药价格和招标采购科；配合单位：各县（市、区）医保局）

三、持续优化医保支付管理，提高基金使用效率

（十）建立统一的病种（组）目录库。发挥按病种分值付费（DIP）改革的杠杆作用，利用疾病指导价制度，引导定点医疗机构临床医生优化收费结构，科学控费，逐步降低患者负担。及时更新和使用本地病种目录库，提高结算合理性；开展 DIP 考核，引导医院规范管理、优化服务。（牵头单位：医疗保险基金管理中心；配合单位：各县（市、区）医保局）

（十一）落实特例单议制度。按照我市 DIP 特例单议相关文件要求，落实相关单议政策，完善 DIP 支付。（牵头单位：医疗保险基金管理中心；配合单位：各县（市、区）医保局）

（十二）建立符合疾病治疗特点的复合式医保支付体系。自 2018 年起我市开始探索精神类专科定点床日付费，先后出台了职工医保和居民医保结算办法。2022 年全市统一修订了职工医保和居民医保精神类疾病床日付费标准。严格按照省局和相关规定要求，组织各县（市、区）开展精神类专科床日付费结算工作。

（牵头单位：医疗保险基金管理中心；配合单位：各县（市、区）医保局）

（十三）及时拨付各类医保资金。按时完成 DIP 结算和清算任务，减轻医院资金垫付压力，加快落实预付周转金拨付制度。及时足量拨付预付周转金，落实《关于做好邢台市基本医疗保险月预付金工作的通知》（邢医保发〔2020〕17 号）要求，组织市、县两级经办核定 2024 年定点医疗机构城乡居民和城镇职工医保预付周转金额度，并及时拨付定点医疗机构，以缓解医疗机构垫付压力。按要求开展 2023 年年终清算，研究制定年终清算方案，定点药店、门诊定点、床日付费定点医疗机构 3 月中旬完成清算拨付。DIP 定点医疗机构年终清算结果力争在 3 月中旬核定完成，3 月底拨付完成。3 月份开始按周统计各县（市、区）清算拨付情况。（牵头单位：医疗保险基金管理中心；配合单位：待遇保障和医药服务管理科、医药价格和招标采购科、各县（市、区）医保局）

四、推动医保政策全链条监管，构建“大监管”格局

（十四）加强对医保目录政策落实情况的监管。将医保基金支付范围内医药服务使用情况纳入协议管理和年度考核，加强数据监测，督导定点医疗机构优先使用医保基金支付范围内的药品、耗材和诊疗项目，严格控制自费药品、耗材和诊疗项目的使用比例，除急诊、抢救等特殊情形外，提供医保基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。严禁引导患者院外购药，保障参保人员享受医保待遇。（牵头单位：

基金监管科，配合单位：医疗保险基金管理中心、待遇保障和医药服务管理科、各县（市、区）医保局）

（十五）加强对诊疗服务行为的监管。按照国家、省打击欺诈骗保专项整治工作部署，聚焦重点领域、重点对象、重点药品耗材，通过线索核查、联合侦办、督查督导等“集群”行动，组织开展全市打击欺诈骗保专项整治，有机结合、统筹推进，提升医保基金安全水平。压实定点医疗机构自我管理主体责任，严格落实医保政策，加强医保管理促进临床合理诊疗，严禁“套餐式”检查检验，规范使用医保基金。加强事前提醒和事中审核智能监管模块应用，对诊疗行为、计费收费、超量开药、超限用药等医疗服务行为进行实时提醒和预警，从源头防止违规行为发生。提升智能监管子系统使用频次，缩短疑点筛查周期并及时向定点医疗机构反馈，提升智能监管效率。（牵头单位：基金监管科，配合单位：监控稽核中心、各县（市、区）医保局）

（十六）强化定点医疗机构内控管理。常态化开展规范使用医保基金宣传，督促指导定点医疗机构开展内部医保政策培训和医风医德教育，引导广大医务人员恪守职业道德，规范使用医保基金。加强对医疗机构内控管理的监督检查，将是否建立内部管理制度，有无专门机构或者人员负责医保基金使用管理工作，是否按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等纳入市级飞行检查内容。（牵头单位：基金监管科，配合单位：监控稽核中心、各县（市、区）医保局）

（十七）持续强化医保基金监管高压态势。充分运用医保大数据，强化多角度、多维度数据分析，建立健全违规筛查模型，及时推送疑点数据。按照“双随机、一公开”要求，聚焦日常管理、专项行动、飞行检查、数据赋能、信用监管、社会监督、依法行政等措施，做实常态化监管。聚焦过度治疗、过度检查、过度用药，联合相关部门在全市范围内组织开展打击欺诈骗保专项治理。持续开展市级飞行检查，实现对各县（市、区）全覆盖。聚焦日常检查、飞行检查、大数据筛查以及巡视审计中发现的问题，举一反三，有针对性的开展重点问题专项整治。（牵头单位：基金监管科，配合单位：监控稽核中心、各县（市、区）医保局）

（十八）强化对实际报销比例情况的监测。加强数据监测并定期向定点医疗机构推送，督促定点医疗机构合理设定内部考核指标，压实科室责任，每月通报实际报销比例变化情况。提高住院实际报销比例不搞“一刀切”和绝对化，对实际报销比例相对较高，且确实开展合理诊疗、规范医疗服务行为，但未达到既定提升比例的定点医疗机构，允许其做出合理说明；对实际报销比例低，却无合理理由的，列入重点检查范围。（牵头单位：基金监管科，配合单位：监控稽核中心、各县（市、区）医保局）

（十九）持续加强医保政策宣传。加强日常宣传，印制医保政策宣传资料，在医保经办大厅、定点医疗机构、公园广场等地宣传发放。开展集中宣传，组织各县（市、区）医保部门在参保集中征缴期开展政策宣传。采取多种形式宣传，采取群众喜闻乐见的形式开展政策宣传，印制医保动漫小册，制作动画视频，拍

摄短片短剧，精准讲解医保政策，努力营造全社会人人关心医保、人人支持医保的良好氛围。定期开展政策培训，提高医疗机构及医保经办工作人员业务水平，确保政策解读正确统一，保证待遇措施落地实施。（牵头单位：办公室；配合单位：局各科室、局属各单位，各县（市、区）医保局）

（二十）切实加强组织保障。全市各级医保部门要切实提高政治站位，强化组织领导，统筹协调推动，坚持分类施策，进一步细化实化具体举措，加强政策执行跟踪检查督导。建立定期分析汇报制度，各县（市、区）医保局每月将工作调度开展情况向市局作书面汇报。各县（市、区）医保局主要负责同志要全面掌握工作进展情况，每月听取政策执行情况汇报，及时解决发现的问题，推动各项措施落实落地。分管负责同志和业务处室要按照职责分工每月分析政策执行情况、工作进展情况和存在的问题，并提出意见建议。（牵头单位：基金监管科；配合单位：局各科室、局属各单位，各县（市、区）医保局）