

# 今年1至11月支出医保基金306.8亿元、保障1.15亿人次就医购药 青岛医保为群众抬升“幸福基线”

□青岛日报/观海新闻记者 黄飞

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。

家住青岛市即墨区金口镇的侯冬昌不幸罹患急性白血病，先后在青岛大学附属医院、山东大学齐鲁医院（青岛）及北京陆道培医院等处诊治，累计住院200多天，医疗费达到160余万元。当这个家庭面临困境之际，青岛医保伸出援手，基本医保和大病保险报销110余万元后，通过医保重特大疾病医疗保险和救助政策，再次救助医疗费14余万元，真正实现了“一个政策挽救一个家庭”。

侯冬昌只是青岛众多医保获益人中的一个。近年来，青岛市医保局始终坚持向改革、向精细化管理要效益，努力提升医保管理服务水平。今年截至11月，青岛基本医保参保人数达到940.2万，医保基金共支出306.8亿元，保障了1.15亿人次就医购药结算，日均结算31.5万人次、支出8405万元。这一串数字共同构成了青岛医保切实减轻群众就医负担的“成绩单”。



■青岛市民中心医保专区帮办专员为市民服务。

## 多层保障，患者就医负担梯次减轻

看病就医是民生大事，减轻群众看病就医负担是医保工作的核心任务。近年来，青岛市医保局着力健全“1+3+N”多层次医疗保障体系，完善基本医保、大病保险、医疗救助三重保障制度，巩固提升住院保障水平，提升普通门诊和门诊慢特病保障。

2024年，职工门诊共济保障机制改革让参保职工看病就医尽享医保政策“红利”。在青大附院门诊大厅自助缴费时，26岁的孙鹏讲述了这一政策带给他的就医新体验。“我今年第三次来医院看病，累计门诊医疗费用支出超过了800元的起付线，此后我每次来门诊看病都可以报销60%，这次我就报销了140多元，而且以前只有住院才能报销的CT检查费用，现在也可以在门诊报销了。”孙鹏说。

据了解，2024年，青岛市医保局进一步优化完善职工基本医疗保险门诊共济保障机制，在职工发生的符合规定的普通门诊医疗费，在基层（含一级）、二级、三级医疗机构报销比例分别提高到80%、70%、60%，门诊医疗费年度最高报销限额从2023年的1700元提高至6000元。

这项惠民政策在青岛落地后，参保职工普通门诊就医结算人数显著增加，职工门诊报销待遇明显提高。截至11月，今年青岛参保职工普通门诊就医结算2340.5万人次，支出基金24.8亿元，同比分别增长102.6%、147.7%，职工普通门诊医疗费负担明显减轻。

此外，青岛市从今年2月1日起全面取消普通门诊就医定点签约的规定，参保职工在所有具备资质的定点医疗机构可自由选择就医。由于基层医疗机构普通门诊起付线为0，报销比例比二、三级医疗机构分别高出10%、20%，加之具有就近、方便的特点，参保职工在基层（含一级）医疗机构结算人次占比及统筹基金结算额占比均明显高于二级和三级医疗机构，也就是说，职工普通门诊就医仍然主要选择基层医疗机构。这要求基层医疗机构进一步加强管理，增强服务能力，给参保人提供高质量便利的医疗服务。

生育是家庭大事，也是国之大事。2024年，青岛市切实提高职工生育保险待遇和居民住院分娩医疗费补助标准，为降低生育成本提供了医保政策支持。目前，青岛市参保职工产前检查定额补助标准已提高至1600元，参保职工在定点医院发生的符合生育保险支付范围的住院分娩医疗费全部由医保报销。青岛还提高了参保职工生育并发症报销标准并扩增相关病种，试管婴儿减胎治疗被纳入了生育病种保障范围。而参保居民无论生育一孩、二孩还是三孩，住院分娩医疗费补助标准统一提高至3000元。其中，一孩、二孩的医保补助标准是全省标准的两倍。今年截至11月，青岛已为21.4万人次发放产前检查补助、生育医疗费、生育津贴等费用共计14.3亿元。

医疗救助是重要的托底性保障制度安排，是减轻困难群众就医负担的重要方式。近年来，青岛市医疗救助政策体系逐步完善，经办流程逐步优化，城乡困难群众医疗费用负担显著



■青岛市CHS-DRG(2.0版)细分组方案权重协商谈判现场。

降低。截至11月，今年青岛已支出4907万元，资助13.7万名困难人员参加基本医保，并支出1.87亿元实施门诊和住院救助82.5万人次，救助水平全省最高。

青岛市还积极推进长期护理保险提质增效，截至11月，今年青岛已支出资金6.8亿元，保障6.4万名失能失智人员享受长护险待遇，有效减轻了家庭照护负担。

## 深化改革，基金使用绩效持续提升

医保支付是保障群众获得优质医药服务、提高基金使用效率的关键机制。当前，医药卫生体制改革已经进入深水区，涉及利益主体多，一方面受老龄化等因素影响，医疗费用增长迅速，另一方面医保基金收支压力加大。在这样的背景下，疾病诊断相关分组(DRG)付费改革成为深化医药卫生体制改革的重要环节。

DRG付费，是一种按疾病诊断相关分组的医保支付方式，具体而言，就是把严重程度类似、治疗方法相似、成本相当的常见疾病归在一组“打包”定价，医疗机构按相应DRG组的收费标准收费，医保和患者按规定的比例付费。在这个过程中，医疗机构必须减少不合理诊疗项目和药品耗材的使用，提高医疗服务质量和效率，才能获得收益，从而有效减轻参保患者就医负担，提高医保基金使用绩效。

今年以来，青岛市积极实施多元复合式医保支付方式改革，作为全国首批30个DRG付费改革国家试点城市之一，积极探索具有青岛特色的DRG付费新模式。在提高医疗技术水平与服务能力、减轻患者就医负担、提升就医满意度等方面交上了让群众满意的“成绩单”。青岛针对不同疾病特点，推行精神类、康复类疾病按床日、分阶段付费，中医优势病种按疗效付费试点等，有效引导医疗机构合理控费、降本增效。今年按DRG付费住院次均费用、个人负担同比分别下降7.2%、7.1%。

DRG付费改革带给群众的获益并不止于此。乘着DRG付费改革的东风，预住院模式在青岛全面铺开，患者当天住院、当天手术，当天或第二天出院，整体住院时间不超过48小时的

日间手术渐成主流，而且越来越多的四级高难度手术也能够“日间”完成。近日，62岁的刘先生在青岛市市立医院接受了膝关节单髁置换手术。这种被列入国考四级的高难度手术，患者此前需要住院5天到7天，但在市立医院，该手术被率先列入日间手术，从住院、手术到出院，刘先生住院时间不超过48小时，实现了节省治疗费用和助力患者快速康复的“双赢”。

近日，青岛市医保局通过前期科学的数据测算和广泛的协商谈判，确定青岛市CHS-DRG(2.0版)细分组方案及权重，并将于2025年1月1日起在青岛市区内统一使用，为国家DRG(2.0版)分组在青岛快速平稳落地奠定基础。

在全力推进DRG付费改革的同时，青岛市将药品和高值医用耗材集中带量采购政策落到实处，持续压缩流通环节更高价格水分，让药品和医用耗材质量更可靠、价格更亲民。

近年来，药品和医用耗材集采落地品种不断扩大。多发性骨髓瘤作为第二大血液瘤，是肿瘤中少有的“慢性病”，而来自那度胺胶囊作为治疗多发性骨髓瘤的“明星药”，此前价格居高不下，每粒(25mg规格)价格平均200元，让很多患者家庭难以承受。今年3月，第九批国家组织药品集中带量采购在青岛落地，来那度胺胶囊集采后每粒不到15元，降幅超92%，一名患者年治疗费用就可节省4.6万元。医保报销后，平均每人每年可减轻个人负担约1.38万元。以2023年青岛市约400名患者使用计算，预计每年可节省药品费用1800万元，其中减轻个人负担约600万元。

此外，今年6月落地的国家第四批高值医用耗材集采，治疗肌肉、人工韧带、半月板修复等耗材价格平均降幅74%，单焦点、双焦点、三焦点等人工晶体类耗材价格平均降幅60%，预计每年可节省医疗费用约1.4亿元。

今年，青岛市医保局进一步发挥药品耗材集采“团购”优势，落地737种药品、31大类耗材，平均降价分别达50%、70%以上，年节省费用约28.5亿元。青岛还降低2277种(类)乙类药品、诊疗项目、医用耗材的职工医保个人先行自付比例，年减轻个人负担约2.8亿元。今年截至11月，青岛医保已支出15.38亿元，保障154万人次用上急救救命好药。

## 高效办事，医保结算报销更加便捷

医保结算报销是群众看病就医的最后一步，也是医保服务参保群众的关键一步，费用报销不及时、手续简不简便，直接关系到群众的切身利益。2024年，青岛市医保局努力提升管理服务水平，不断强化数据赋能、优化办事流程、集成服务路径，推出25项医保“高效办成一件事”，生育津贴“免申即享”，新生儿凭出生医学证明“落地即参保”，恶性肿瘤等47个门诊慢特病院端“即时办”，医保码实现就医购药全流程应用，从而打造了涵盖“一码通用”“一键支付”“一站结算”“一门办理”“一屏办事”等全流程高效服务模式，群众医保结算报销更加便捷、高效。今年以来，已办理业务超1.4亿笔。

“您好，您的生育津贴支付已审核完成，本次发放金额8705元，将于3个工作日内拨付至您的社保卡金融账户。医疗保障，一生守护，青岛市医保局祝您生活愉快。”这是刚刚生完二胎的李女士收到的一条短信提醒。李女士生第一胎的时候，丈夫还要带着材料去医保大厅申请生育津贴，如今，青岛市54家生育定点医院已全部开通生育津贴“免申即享”，李女士在生育定点医院窗口办理生育医疗费结算时，医院会为她同步提交生育津贴申请，实现了生育津贴“无感”发放。

门诊慢特病病种资格认定是一项高频、高需的医保业务，以往办理门诊慢特病认定需要到医保经办大厅窗口提交材料，由各区(市)医保经办机构认定待遇资格，办事流程较多、时间成本较高。青岛市医保局聚焦重大疾病患者所需所盼，为避免因办理时限问题增加费用负担，将恶性肿瘤等47种急需治疗、费用较高的病种下放至54家治疗水平较高、群众就医量大的医院开展“零时限”办理，每年约有2万名患者就诊结束时直接在医院进行门诊慢特病认定，无等待周期，办理当日即可享受待遇。

青岛市医保局还积极推进“一码通用”“一键支付”，医保码逐渐在就医购药全流程中应用，通过手机展示医保码，参保人可以在青岛市所有医保定点医院医药机构就医购药结算，到二级及以上定点医院医药机构就医的，还可使用医保移动支付、问诊支付、医保统筹基金、个人账户、个人自费“一键”结账，节省排队就医时间约40%。住院就医正在逐步推进床旁登记、床旁结算，患者或家属在住院病区护士站即可完成医保入院登记和出院结算，入院出院更省事。

青岛市还保持打击诈骗骗保的高压态势，医保会同公安、卫生健康、市场监管等部门齐抓共管，综合运用飞行检查、专项检查、智能监管、信用监管等手段，严查严打违法违规使用医保基金行为，全力守护群众的“看病钱”“救命钱”。今年截至11月，青岛市医保局已现场检查定点医院医药机构3624家，处理667家，向有关部门移送14起，追回医保基金1.06亿元。



■青岛市优化职工门诊统筹就医结算工作会议现场。



■市医保局向市民宣传医保政策。



■市民在医院的医保窗口办理业务。