城口县医疗保障局

2021年工作总结及2022年工作重点

2021年，县医保局党组深学笃用习近平新时代中国特色社会主义思想，紧紧围绕党中央国务院、市委市政府关于医疗保障工作的决策部署和全县经济社会发展目标，持续深入推进医保领域“放管服”改革，着力提升医保服务水平，坚决守好人民群众“看病钱”“救命钱”。现将全年重点工作完成情况总结如下：

# 一、2021年医疗保障工作重点及取得的成效

# 全体干部职工认真履职，医保扶贫、疫情防控、基金监管、“两病”用药保障等重点工作深入落实，药品集中带量采购、支付方式等改革稳步推进，公共管理服务能力稳步提升，有效确保了全县人民基本医疗有保障。一年来，重点抓了五方面工作：

# （一）抓党建，推进全面从严治党建设

# 一是抓实政治建设。坚持把党的政治建设和思想引领摆在首位，坚持全面从严治党，坚持不懈加强理论武装，通过理论学习中心组学习、召开干部职工大会、局领导上党课等方式深刻学习领会党的十九届五中全会精神和习近平总书记系列重要讲话精神；夯实意识形态责任制，引导党员干部增强“四个意识”、坚定“四个自信”、做到“两个维护”；绷紧廉政之弦，始终把纪律和规矩挺在前面，在抓常、抓细、抓长上下功夫，精准运用监督执纪“四种形态”，约谈提醒6名职工，让咬耳扯袖、红脸出汗成为常态，开展纪律教育和警示教育；细化廉政责任落实，种好“责任田”，推动形成风清气正、崇廉尚实的良好政治生态，为全县医保工作开展提供坚强纪律保证。

# 二是抓好巡视整改工作。对标对表中央第十二巡视组巡视重庆市反馈意见，举一反三抓好整改，我局涉及1项整改问题，目前已整改完毕。自觉接受县委第二巡察组的政治巡察，结合政治巡视巡察，进一步落实落细从严管党治党政治责任，以问题为导向立行立改、边查边改。

# 三是抓实党史学习教育。按照全县党史学习教育统一安排部署，认真开展党史学习教育。召开党史学习教育动员部署会议，成立党史学习教育领导小组，结合单位实际制定了党史学习教育方案，明确党史学习教育的总体目标、主要内容及进度安排，列出党史学习教育任务清单，确保党史学习教育顺利推进；严格对标对表开展学习研讨、主题宣讲和红色教育系列实践活动，共计开展专题学习研讨9次、上党课2次、基层宣讲2次；扎实开展“我为群众办实事”实践活动，真正做到了学而信，学而用，学而行。

（二）织密网，健全完善医疗保障体系

# 一是织密扎牢多层次医疗保障网。贯彻落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《中共重庆市委、重庆市人民政府出台关于深化医疗保障制度改革的实施意见》精神，推动县委、县政府出台《城口县深化医疗保障制度改革实施方案》，明确2025年和2030年全县医保领域改革总体目标。全面推进参保基础数据清查，深化与公安、税务部门的参保登记信息比对和数据交互机制，依托参保情况比对分析，强化全民参保。截至2021年10月，全县职工医保参保2.15万人，生育保险参保1.56万人，基金征收13333万元；居民医保参保20.55万人，个人保费收入5288万元（不含各级财政补贴），参保率持续稳定在95%以上。

二是积极构建“一盘棋”协同格局。在基金监管方面，联动县纪委监委、县卫生健康委、县公安局、县市场监管局等部门建立信息共享、联动处置机制，形成工作合力。在助推成渝地区双城经济圈建设方面，稳步推进川渝异地就医直接结算，医保业务“川渝”通办。

（三）抓关键，不折不扣完成重点任务

一是持续巩固脱贫攻坚成果。为切实做好巩固拓展医保脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略，在全面落实脱贫攻坚“四个不摘”政策基础上，紧盯责任不放松，持续巩固医保脱贫攻坚成效，将工作重心从攻坚转入常态化帮扶；保持过渡期内医保扶贫政策相对稳定，精准落实脱贫人口政府定额资助参保政策，加强参保动态管理，大力推进脱贫人口应保尽保；建立健全防范化解因病致贫返贫长效机制，实施因病返贫致贫预警，有效防止和化解因病返贫致贫发生；提升医保公共管理服务水平，助力乡村振兴战略全面推进。截至目前，全县4.45万名贫困人口全部参加基本医疗保险，享受政府资助909万元，实现“应保尽保，应助尽助”目标。贫困人口住院就诊10380人次，统筹支出2792.79万元，大病支出221万元；医疗救助28503（含门诊人次）人次，救助资金489.31万元。

二是助力打赢疫情防控阻击战。重点围绕“两个确保”“应检尽检”，全力落实基金拨付要求，及时向县人民医院预付专项救治基金200余万元；加强23家定点零售药店管理，加强信息监测追溯，强化药品保供稳价；加强窗口防护和内部管理，做好来访人员登记，积极推行“不见面”办理医保业务，优化特病办理模式；严格落实防控物质保障，集中采购新冠病毒检测试剂8万剂次，核实并支付新冠肺炎疫苗接种14.54万剂次，医保基金支付疫苗接种费用187万元，全面落实医疗保障防控职责。

三是持续保持打击欺诈骗保高压态势。加强日常监管和重点排查。今年以来，通过日常巡查、夜查和抽查等方式对全县54个定点医药机构开展全覆盖的现场监督检查。发挥大数据筛查功能作用，针对基金数额变化大、次均费用增加快等加大筛查力度。严格费用审核。加强医药机构日常网络传输费用初审复审工作，全县定点医药机构实现100%初审，采取随机、重点抽查等方式开展复审，严防“大处方大检查”等不规范医疗行为。加强部门联合监管。与县卫生健康委、县市场监管局、县公安局等部门建立监管联动协作机制，联合县纪委开展医保基金管理使用突出问题专项治理和“回头看”，持续保持打击欺诈骗保的高压态势。积极引导社会力量参与。畅通投诉举报渠道，加大违规违约典型案例曝光力度，参保群众对自身医保权益更加关注，维权意识逐渐增强，参保单位、参保群众共同维护医保基金安全的氛围更加浓厚。截至10月底，审核并扣除职工、居民不合理医疗费用16.29万元；追回违规违约医保基金171.40万元，收取违约金247.03万元。2021年我县基金监管工作在全市基金监管工作会上受到通报表扬。

四是深化“两病”（高血压、糖尿病）门诊用药保障。协同推进“两病”门诊用药保障，组织开展“两病”专项工作培训；出台《城口县城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障和健康管理方案》，简化工作程序，拓宽纳入渠道，实现一站式受理；截至目前，我县13197名高血压、糖尿病患者纳入“两病”用药门诊保障，其中高血压10884名，发生医药费用80.15万元，基金支出47.69万元，其中集采药品费用7.47万元；糖尿病患者2313名，发生医药费用61.14万元，基金支出33.56万元，其中集采药品费2.1万元。我县“两病”用药资格患者人数已基本覆盖了需要治疗的“两病”患者，切实减轻了患者的就医负担。

五是稳步提升医疗保障待遇。2021年，城乡居民医保补助标准从550元增加至580元，同比增长5.4%；居民参保人员在二级定点医疗机构住院就诊报销比例提高5%以上，全县城乡居民医保住院（二级及以下医疗机构）政策范围内报销比例73%以上，职工医保政策范围内报销比例85%以上 ；纳入“两病”用药门诊保障的患者达全县参保人数的5.6%。

（四）强担当，坚定不移推进改革落地

一是深化药品、医用耗材集中带量采购。全面贯彻落实国家组织药品耗材集中采购和使用，第一批国家集采药品全县交易114.28万单位（片/袋/粒/支），交易金额84.80万元；第二批国家集采药品全县交易274.92万单位（片/袋/粒/支），交易金额59.54万元；第三批国家集采药品全县交易224.94万单位（片/袋/粒/支），交易金额70.51万元；第四批国家集采药品全县交易41.39万单位（片/袋/粒/支），交易金额27.96万元；五省市联合带量集采药品全县交易25.20万单位（片/袋/粒/支），交易金额159.23万元；第一批及第二批续签集采药品全县交易115.81万单位（片/袋/粒/支），交易金额35.71万元，按照各批次集采药品平均降幅53%进行折算，全县预计节约药品费用493.87万元。国家组织冠脉支架集采降幅达90%，预计全县节约费用37.70万元。开展渝黔滇豫四省市耗材联合带量采购，3类医用耗材34个产品分组平均降幅达64.77%，最高降幅为97.76%，预计全县节约费用109.32万元。

二是深化基本医疗保险支付方式改革。完善医保基金总额预算下的总额控制付费、按病种付费，做好总额和相关考核指标测算分解，强化总额运行事中分析监管，严格进行年终清算，更好落实风险分担、激励约束、质量评价机制。按照总额协议约定，完成2020年医保清算工作，扣减未达标医疗费用882.57万元，超支不予拨付192.96万元。积极推行单病种付费方式，今年5月，调整我县23项单病种支付限额，激励医疗机构规范医疗服务行为，促使医院主动降低成本，缩短住院天数，减少诱导性医疗费用支出，降低参保人的医疗费用。

三是稳步推进长护保险试点。积极推进我县实施长期护理保险试点，今年10月，及时向县委、县政府报告全市长期护理保险扩大试点工作推进会议的精神，经县委、县政府同意，我县将启动长期护理保险试点工作。

（五）打基础，全力提升管理服务能力

一是顺利完成机构改革。今年1月，完成下属事业单位县医疗保障服务中心的职责、机构、人员配置，各项职能职责平稳承接，平稳运行；医保中心经办服务窗口全部入驻政务服务分中心，实现医保、社保集中办公，高效服务。

二是提升信息化支撑能力。8月4日上线国家医疗保障信息平台，实现全县范围内医保线上业务和医保信息数据与全国互联互通；积极推广微信缴费等各类自助服务终端的使用，全力推进公共服务“网上办”，“网上办”累计业务达到26项，实现线上线下办理深度融合、便捷高效。全面推广医保电子凭证，参保人可通过国家医保APP、“渝快办”、“重庆医保”微信公众号等多渠道申领激活，实现扫码就医购药、医保查询、异地就医备案等功能。截至10月底，54家定点医药机构开通扫码支付功能，6.8万名参保人领取并激活医保电子凭证，激活使用率达全县参保人数的33%，参保群众看病就医更加便捷。

三是优化医保公共服务。深入推进政务服务标准化建设，全面执行全市统一的医保政务服务事项和办事指南，优化办事流程、精简办事材料，承办类事项办理时限均压缩80%，即时办结件达67%，12项服务事项实现“零材料”办理。持续加强窗口建设，规范服务大厅设置，配齐便民服务设施；全面开展医疗保障“六个一”（即“一张笑脸、一声问候、一句请坐、一杯热水、一份耐心、一声慢走”）优质服务窗口活动，实行经办服务首问负责制，全面落实综合柜员制。深入开展行风建设，窗口服务全面推行 “好差评”，确保每项服务事项都可评价，每个经办服务窗口、平台和人员都接受评价，每个办事单位和群众都能自愿自主真实评价，多渠道征集群众意见建议，主动接受群众监督。推进医保队伍专业化建设，从乡镇卫生院遴选两名医学专业技术人员，充实基金监管队伍；强化培训教育，提升窗口服务人员业务经办水平。

四是加大政策宣传力度。完善信访、宣传、政务公开等制度，稳妥处理来信来访及电话咨询；积极办理人大建议，回应社会关切；推进线上宣传，与县融媒体中心建立宣传合作机制，重点围绕医保政策解读，定期对群众关心关注和市医保局新出台及完善的医保政策通过“城口发布”“城口视频号”等多渠道、多形式进行解读，政策宣传覆盖面扩大30%。强化政策培训，组织专业队伍深入村（社区）、医疗机构等宣传解读医保政策；强化对党政干部、社区干部、医疗机构负责人的宣传培训，针对医疗机构、基层经办机构对医保业务政策需求，提供专题培训，引导定点医药机构、医务人员规范医疗服务行为，筑牢基金安全防线。

五是扎实推进法治医保建设。牢固树立法治观念、法治意识、法治思维，不断提高依法行政能力。成立局法治建设工作领导小组，全面领导机关法治政府建设工作推进。加大《医疗保障基金使用监督管理条例》宣传，动员各级部门、参保单位学习宣传《条例》，并选派3名业务科室人员参加全市《条例》专题培训。组织工作人员参加行政执法知识考培并按程序申报执法资格证件，实现基金监管执法人员持证执法。落实聘请法律顾问制度，更好指导医保行政决策、依法行政工作。

1. 存在的问题

一是医保政策宣传有待进一步加强。医保政策宣传存在短板，部分参保人对医保政策了解不足；部分医务人员对医保政策掌握有差距，不能向患者正确宣传医保政策。

二是医保基金监管形势仍然严峻。目前我县定点医疗机构小病大治、过度检查、分解收费、错误套码等时有发生，加之全县尚未成立医保基金监管执法机构，医保基金监管人员缺乏，专业化水平不够，基金监管手段单一、方式滞后，医保监管执法效能不高。

三是医保经办管理服务体系建设有差距。目前，全县80%的乡镇、村（社区）无医保专职工作人员，医保经办专业化服务力量不足，离国家建立市、县、乡镇（街道）、村（社区）完善的医保经办管理服务体系目标还有较大差距，同时医保信息化、标准化、法治化建设与新时期医疗保障改革的要求均还有较大差距。

三、全力抓好2022年各项重点工作

（一）巩固拓展医保扶贫成果有效衔接乡村振兴战略

一是谋划健全完善衔接机制，全面清理市级政策和县级政策，厘清政策标准和变化，对标对表市级政策，与相关部门充分进行沟通讨论，制定我县医疗保障衔接政策。二是抓好成果巩固。充分利用市、县两个台账，持续做好贫困人口资助参保工作，确保“应保尽保、应助尽助”。

1. 持续强化医保基金监管

一是持续抓好《医疗保障基金使用监督管理条例》学习宣传和贯彻落实。二是加强医保基金监管队伍和能力建设，充实基金监管执法队伍，提升基金监管治理能力。三是实行“双随机、一公开”监管机制，执行基金监管行政执法公示制度和执法全过程记录制度。

（三）健全医疗救助制度

一是规范医疗救助政策。根据全市出台的医疗救助政策，科学确定我县对象范围、费用范围、救助标准，实施分类分档救助。二是完善配套政策。健全救助对象及时精准识别机制和数据传输机制，深化医疗救助与基本医保、大病保险和其他扶贫救助医疗“一站式”管理服务。

（四）提升公共服务效能

一是强化医保政策宣传工作，让广大参保人更直观、便捷地了解医保政策。二是规范经办服务流程，执行全市统一的医保经办服务事项清单和办事指南，精简证明材料和手续，依托信息技术让“数据多跑路、百姓少跑腿”。三是持续优化综合柜员制，实现“一窗式受理、一站式办结”。四是认真贯彻落实国家局《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》，持续加强两定机构协议管理，建立健全绩效考核和动态调整机制，引导医疗机构内部精细管理。

城口县医疗保障局

2021年11月12日