

沅江市医疗保障局

沅江市医疗保障局 2020 年工作总结及 2021 年工作重点

一、参保基本情况

截至 12 月底，我市城乡居民医保参保 610628 人，城镇职工医保参保 63642 人（含在益阳市参加职工医保 21041 人）合计参保 674270 人。按常住人口总人数计算，完成参保率 96.49%，超额完成小康目标任务。

二、基金收支情况

（一）城镇职工医疗保险收支情况：2020 年 1-11 月城镇职工医疗保险征收医疗保险基金 9957 万元，城镇职工医疗保险支出 8974 万元，11 月份止城镇职工医保基金总结余 20500 万元。

（二）城乡居民医疗保险收支情况：2020 年 1-11 月城乡居民医疗保险筹资和上级配套到位资金共 49967.02 万元，城乡居民医疗保险支出 36190.36 万元，11 月份止城乡居民医保基金总结余 26826 万元。

三、工作开展情况

（一）强化基金监管工作，管好老百姓的“救命钱”

一是积极开展打击欺诈骗保宣传活动。今年4月，我局组织开展了“打击欺诈骗保，维护基金安全”集中宣传月活动，向广大市民宣传欺诈骗保的方式内容、举报电话及范围以及相关医保政策等知识。二是加强稽查和监督。结合日常审核、系统监管，分析医疗机构的费用、诊疗用药情况，找出日常监管的重点，加强监督检查，发现问题及时反馈和整改。截止11月份，市内定点医药机构检查100%全覆盖，暂停定点医院服务协议4家、协议零售药店8家，追回医保基金317.2万元。三是设立有奖举报电话，鼓励群众举报各类欺诈骗保行为。根据举报线索，我局经现场调查核实住院冒名顶替2例，追回违规报销费用并处以涉案金额五倍违约金共计3.1万元。

（二）继续落实好上级健康扶贫政策

根据沅江扶贫办提供的动态调整后的贫困人口数，年初贫困人口数是28945人，至今年11月份止动态调整后贫困人口数是28805人，已全部参加城乡居民医疗保险并落实了医保个人缴费的资助政策，实行“一站式”结算报销。截止2020年11月底，我市贫困人口实行“一站式”结算报销16411人次，贫困人员因病发生医疗费用8110.5万元，总报销金额6870.58万元，其中：基本医疗保险报销5058.05万元，大病保险报销377.61万元，特惠保报销246.93万元，医疗救助469.99万元，医院减免19.09万元，政府兜底698.91万元，总报销比例为84.71%，其中市域内综合报销比例达89.46%。

（三）做好城乡居民门诊统筹、“两病”门诊用药保障工作

为进一步减轻城乡居民医疗费用负担，保障参保居民门诊基本医疗需求，让老百姓用上质优价廉的药品，按照上级文件精神，积极与卫健部门联系，联合下发了《沅江市城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹和高血压糖尿病以及特殊病门诊管理办法》（沅医保发〔2020〕3号）文件。目前，各镇中心卫生院、社区卫生服务中心已全面启动普通门诊和“两病”门诊购药工作，各行政村卫生室已启动“两病”门诊购药工作。截至2020年11月底，我市城乡居民医保普通门诊购药145.9万元，补偿15093人次，补偿金额49.99万元；“两病”门诊用药199.29万元，共补偿22669人次，补偿金额124.89万元。城乡居民特殊药品总费用1092.68万元，补偿1773人次，补偿金额641.15万元；特殊病门诊总费用211.91万元，补偿1203人次，补偿金额166.54万元。城镇职工门诊特殊病总费用370.98万元，补偿1506人次，补偿金额290.28万元；特殊药品总费用309.16万元，总补偿284人次，补偿210.59万元。

（六）全面执行国家组织药品集中采购、取消耗材加成工作

按照上级有关文件精神，督促各公立医疗机构按政策要求取消医用耗材加成，落实国家集中招标带量采购药品，实行零差价销售药品政策。我局开展专项督查，督促公立医疗机构完成中选药品协议签订、完成计划药品采购，全面取消医用耗材加成，实行零差价销售药品。全市19家公立制医院在9月底共完成第一批国家集采药品151.49万元，第二批计划采购70.81万元，已完成51.49万元，完成率73%。

（七）做好疫情防控保障工作

为切实减轻企业负担，支持企业复工复产，根据上级文件精神，结合我市实际，启动了阶段性减征及缓缴企业职工基本医疗保险工作。从2020年2月1日起对沅江市部分工业企业单位职工医保单位缴费部分实行减半征收2个月，对受新冠肺炎疫情影响连续3个月出现累计亏损的参保企业，缓缴单位部分医疗保险费，缓缴期限不超过6个月，缓缴期间免收滞纳金。符合减征政策企业有84家共计6102人，截止今年11月已全部按减征政策共计减征162.73万元。

（八）配合做好医保市级统筹工作

按照省市统一部署，从2020年10月1日起全面实行以政策统一为基础，以基金统收统支为核心，以基金预算管理为约束，以信息系统为支撑，以统一经办管理服务为依托，以防控基金运行风险为目标的基本医疗保险和生育保险市级统筹制度。我局按照上级部门要求的时间节点，妥善解决好历史遗留问题，按时上解医保基金至市级统筹基金专户，确保市级统筹工作顺利推进。

（九）做好医保跨省异地就医住院直接结算工作

我局优化了异地就医登记办理流程，取消医院和医保经办机构盖章，实行电话、APP和传真等多种方式备案。目前沅江市已有6家定点医院成功接入省外异地就医平台，益阳市级有5家定点医疗机构能够实行贫困人口“一站式”直接结算。1-11月，城镇职工省内异地就医备案登记人次2489人，就医人次2445人，

医保基金支付 2265.8 万元。城镇职工跨省异地就医备案登记人次 255 人，就医人次 236 人，医保基金支付 301.1 万元。城镇职工市内异地就医购药 868 人次，医保基金支付 15.7 万元。城乡居民省内异地就医人次 5688 人，医保基金支付 4158.1 万元。城乡居民跨省异地就医备案登记 168 人，就医 160 人，医保基金支付 122.5 万元。

四、存在的困难

（一）医保参保扩面压力大

从沅江市科工局调取的数据中沅江市规模企业共有 163 家有 3.4 万人未参加职工医保，测算全部参加职工医保，每年需缴纳 1.72 亿元资金；从社保所调取的数据中沅江企业退休人员将还有近 2.9 万人未参加职工医保，测算全部参加职工医保需一次性补缴 13.3 亿元。城乡居民医保个人缴费标准逐年提高，参保扩面压力大。

（二）关闭破产企业退休人员医保基金支付压力大

这部分人群都是体弱多病的退休老同志，按政策每年收缴的医保费不到 200 万元，但每年住院费用达 2000 多万，致使城镇职工医保基金严重亏损，后续医保基金面临的资金压力将越来越大。

（三）医保基金监管压力大

全市参保人员 60 几万人，协议定点医院、定点药店、定点村镇卫生室共 400 多家，基金收支规模近 6 个亿，涉及面广、风

险点多。医保管理机构人少事多，面对庞大的参保人群和协议医药机构，监管手段和能力与繁重的监管任务还不相适应。

五、2021 年工作重点

（一）强力推动医保参保扩面工作

加强与税务部门联系，确保年度筹资量化指标落实到位。推进全民参保工作计划，以完成小康目标任务为重点，加大政策宣传和工作推进力度，通过动员参保、监督推保、多形式助保等各种途径，多措并举，有力促进参保扩面。更加有序推进城乡居民医疗保险费征管职责划转前后的工作衔接，

（二）继续做好健康扶贫工作

建立防范和化解因病致贫、因病返贫的长效机制，聚焦贫困群体，着力解决“两不愁、三保障”中医疗保障薄弱环节。确保贫困群众应保尽保，充分发挥三重保障功能，按照现有支付范围和既定标准保障到位。

（三）继续加大基金监管力度

不断提升基金监管能力。继续开展专项整治行动自查工作，将定点医疗机构通过虚假广告、以体检等名目诱导、骗取参保人员住院，虚记医疗服务、空床住院、盗刷医保卡等行为；辖区内定点医疗机构住院及门诊的过度医疗行为；定点零售药店留存、盗刷医保卡、诱导参保人员购买化妆品和生活用品等行为；参保人员伪造虚假票据报销、冒名就医、使用医保卡套现或提取药品等行为做为集中打击的重点。进一步规范医疗机构诊疗服务和价格行为，加大对价格违法行为的查处力度，切实维护患者合法权

益。完善智能监控。继续推进人脸识别等新技术手段，实现监管关口前移，确保智能监管工作取得新成效。

（四）优化医疗保障管理服务

1. 规范医保协议管理。落实医保费用和医疗质量双控机制，强化协议管理的激励和约束功能，科学落实监管考核体系，将考核结果与医保基金支付挂钩。

2. 做好异地就医直接结算工作。推进医保领域“放管服”改革，简化证明和备案手续，方便外出农民工和外来就业创业人员备案。

3. 提升医保经办服务水平。规范经办服务管理流程，进一步优化结算方式，改善服务质量，推进实施医疗保障业务“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”。

（五）努力提升医保队伍新形象

加强党的建设。坚决贯彻落实党中央及省、益阳市、沅江市委决策部署，增强“四个意识”，坚定“四个自信”，做到“两个维护”。强化规矩意识。坚持正作风纠“四风”，认真履行“一岗双责”，扎实开展警示教育，守牢廉政底线。

加强队伍建设。抓教育，管队伍，树形象，努力打造一支“对党要忠、标准要高、制度要严、措施要硬、工作要实、自身要清”的医疗保障干部队伍。

医疗保障工作使命光荣、责任重大，我们将以推动医疗保障治理体系和治理能力现代化为目标，提高政治站位，服从改

革大局，在新的岗位上砥砺奋进、攻坚克难，奋力推动医疗保障事业再上新台阶！

同启敬.

汤心合

2/12

