

县医保局 2023 年一季度工作开展情况汇报

(2023 年 4 月)

2023 年第一季度，我局按照县委、县政府和省、市医保局决策部署，精心谋划 2023 年医疗保障重点工作，坚持各项工作在第一季度开好局、起好步。现将第一季度工作情况总结如下：

一、工作开展情况

(一) 坚持党建引领，落实全面从严治党责任

1. 深化强基领航，着力建强战斗堡垒。局党组书记严格履行党建第一责任人职责，领导班子其他成员认真履行“一岗双责”。认真落实“三会一课”、民主生活会、组织生活会、民主评议党员等党内政治生活制度；增强机关党组织政治功能、组织功能，丰富“打造硬核支部 实现暖心医保”党建品牌内涵，实现党支部组织生活提质增效；持续加强基层党组织标准化建设，强化党员监督管理。严把党员入口关，从优发展党员，现有预备党员 2 人，正式党员 17 人。

2. 深化正风肃纪，推动“清廉医保”建设。坚持以“零容忍”的态度开展正风肃纪，严格履行党风廉政建设“三个责任”。深入贯彻二十届中央纪委二次全会及省、市、县纪委全会精神，严格落实中央八项规定精神及省、市、县实施细则，加强纪律教育，完善、实施医保廉政风险点排查防控

等各项制度,做到“关键少数”“关键环节”“重点人群”一起抓。深入开展群众身边腐败和不正之风专项整治、医疗保障领域“两违规”问题专项整治,持之以恒纠治医保领域“四风”问题,推动“清廉医保”建设。

3. 严格责任落实,加强意识形态工作。落实局党组抓意识形态工作主体责任,加强对意识形态工作的组织领导,定期研究我局意识形态工作。持续加强政治理论学习,重点抓好意识形态领域风险隐患防控,加强舆论引导,维护网络意识形态安全。

(二) 持续改进作风,提升医疗保障服务效能

1. 改进作风促提升。围绕深化“一改两为”具体要求,加强机关效能建设,召开整治“六重六轻”突出问题推动干部作风大提升活动动员部署会议,推深做实“五聚焦五查找”作风建设集中整治,坚决扫除“虚躲冷粗假”“六重六轻”等作风顽疾。结合医保实际,用心用情用力落实“为民办实事、为企优环境”具体举措,建设惠民医保,不断提升医疗保障服务效能。

2. 解决信访保稳定。落实信访工作责任制,开展医保领域信访突出问题专项排查,加强对《信访工作条例》的学习宣传,不断提升信访工作水平。1-3月,共收到办结各类信访件34件,其中县长热线(信箱)31件,市长热线(市政府网站留言)2件,县信访局转办件1件(正在办理中)。信访人对办理结果和办理态度总体满意度较高。

（三）强化震慑严管，切实维护医保基金安全

1. 开展专项整治促规范。一是开展医保定点零售药店专项检查。联合市场监管局开展医保定点零售药店专项检查，广泛发布《关于征集医保个人账户套取现金乱象线索的公告》，优化定点零售药店视频监控系统。针对专项检查、举报投诉、视频监控等发现的问题，拟发通报、召开会议进行强调。二是开展医保基金使用日常监督检查。重点做好“乙类乙管”后优化新冠病毒感染者治疗费用医疗保障相关政策落实情况巡查指导、日常审核扣减费用追踪、意外伤害疑似问题案件核实、全市医共体医保基金交互检查等工作。三是布置开展医保基金监管集中宣传月活动。印发《关于在全县开展 2023 年医保基金监管集中宣传月活动的通知》（即医保综〔2023〕5 号），全面组织开展 4 月份医保基金监管宣传月各项活动。

2. 组织稽核检查严关口。与县内 41 家定点医疗机构（含定点诊所）、100 家定点零售药店签订 2023 年度医疗保障服务协议签订。1-3 月，共对 20 家定点零售药店开展了现场稽核。组织对 3 家定点医疗机构康复类医院类别评审认定工作。

（四）坚持便民惠民，优化医保经办服务水平

1. 医保公共服务更优化。一是推进服务事项网上办、掌上办、“一网通办”。积极推进基本医疗关系转移“跨省通办”和门诊慢性病直接结算工作，实现参保单位医保业务网

上办理。**二是**完成门诊慢特病网上鉴定系统上线工作。严格按照省市医保局工作部署，积极推动门诊慢特病网上鉴定系统上线工作，3月1日已完成我县首例门诊慢特病网上鉴定，保障参保人员及时享受医保门诊慢特病待遇。**三是**简化异地就医备案手续，提高备案成功率。1-3月，参保患者跨省异地就医直接结算1022人次，基本医保支付1190.78万元，结算率约37.03%。**四是**完成全县新冠病毒感染患者住院身份信息和医疗费用统计工作。严格按照上级财政和医保部门要求，上报新冠病毒感染患者住院身份信息和医疗费用有关信息。截至2023年2月，全县共计上报新冠病毒感染住院患者1368人次，总医药费用686.53万元，其中医保支付金额502.22万元，个人自付费用财政补助184.31万元。

2. 医药服务管理见成效。**一是**做好药品耗材集中采购工作。落实基金专项预付制度，完善医保基金留用制度，2023年专项预付集中采购药品432.84万元。**二是**推进国家谈判药品落地。下沉7批次“国谈药”到基层镇卫生院和村卫生室。完善国家谈判药品“双通道”管理机制，方便参保对象选购药品，减轻购药负担。**三是**完成我县2022年度DRG点数付费专项稽核746份病历和特病单议489份病历现场评审工作。**四是**开展我县落实国家组织药品集中采购医保资金结余激励工作。根据对全县参与国家组织药品集中采购的医保定点医疗机构综合考核结果，2022年度全县应完成四个批次

88 种国家集采药品的医疗机构，预计分配医保结余留用激励资金 191.46 万元，其中居民医保激励资金 149.06 万元，职工医保激励资金 42.40 万元。**五是**继续开展中医药适宜技术和门诊优势病种支付方式改革试点工作。1-3 月，中医优势病种收益参保对象 140 人次，总费用 223628.9 元，医保基金支付 162505 元。

3. 医保基金运行趋平稳。加强基金预算管理、运行分析、风险预警、绩效评价工作。1-3 月，职工医保基金收入 7201.13 万元，支出 2969.45 万元（含职工新冠疫苗及接种费用专项资金 0.78 万元），当期基金结余 4231.68 万元，累计结余 46356.61 万元；城乡居民医保基金总收入 21530.26 万元，支出 6077.75 万元（含城乡居民新冠疫苗及接种专项资金 6.54 万元），累计结余 26704.28 万元，医保基金运行总体安全平稳。

4. 围绕中心工作抓创新。一是持续打造“15 分钟医保服务圈”。严格按照“六统一”和“四最”的要求，从硬件设备、窗口设置、服务规范、业务经办等方面统一基层窗口建设。我县已完成 15 分钟医保服务圈县、镇（街道）、村（社区）全覆盖，涉及 7 大高频服务事项 18 个子事项，实现了医保服务体系全面构建、效能全面提升。**二是**按照“追赶江浙、争先江淮”要求，巩固拓展医保跨区域协同发展成果。紧抓长三角医疗保障一体化、苏皖合作示范区、“一地六县”

合作区建设和省委、省政府服务上海市康养产业规划布局，主动对接，推动跨区域医保基本公共服务便利、共享。

（五）兜牢民生底线，全面落实医疗保障待遇

1. 参保覆盖面日益扩展。通过多种宣传方式，开展全民参保攻坚行动，提升全民参保意识。2023 年，全县基本医保参保 321197 人（职工医保参保 42907 人，城乡居民参保 269047 人），其中城乡居民医保参保率 100.16%。

2. 医保待遇保障水平稳步提升。一是发挥基本医保主体作用。城乡居民、职工基本医保政策范围内住院费用报销比例分别达 61.12%和 80.20%。二是稳步实行公务员医疗补助。1-3 月，公务员医疗补助结算 189 人次，补助金额 26.61 万元。三是实施职工基本医疗保险门诊共济保障机制。1-3 月，共结算 2036 人次，账户支付 37.24 万元。四是增强大病保险减负功能。1-3 月，职工大额医疗补助 339 人次、300.53 万元；城乡居民大病保险报销 1918 人次、812.88 万元。五是发挥医疗救助托底作用。1-3 月，享受医疗救助待遇 13137 人次、464.91 万元，特困人员、低保对象住院和特殊门诊医疗费用政策范围内个人自付救助比例分别达到 80%、75%以上。

（六）筑牢医保屏障，持续护航乡村振兴

1. 医保政策宣传“广覆盖”。建立县、镇、村、组四级网格员，编写朗朗上口的“医保政策应知应会”顺口溜，广

泛宣传医保政策。建立局领导班子、股室负责人联系、包保镇（街道）和经办机构制度，分阶段开展集中宣传培训，医共体牵头单位对各医疗机构医护人员、各镇卫生院对辖区内卫生室村医医保专项培训，提升一线医护人员的医保业务能力和水平，并将宣讲工作成效纳入镇（街道）、医共体年度考核。组建医保部门县级网格员队伍下沉基层开展定点包保工作，发挥医保部门与参保群众的纽带作用，采取上门“问一句病情、指引一个电话、宣讲一个政策”的方式，确保困难群众应享尽享、不漏不重。

2. 部门信息数据“快交换”。完善“特殊人群身份属性动态调整 24 小时信息推送机制”，各镇、街道实时推送特殊人群身份属性动态调整信息，提升信息共享机制的时效性和准确性，确保特殊人群应保及保、待遇应享尽享。完善特殊参保群体人员信息共享协议机制，与乡村振兴、卫健、民政、退役军人、人社、公安六部门进行数据共享，确保人员信息及时准确，杜绝冒领。加强异地参保人员的动态监测，发动帮扶干部、基层网格员共同做好异地参保凭证收集，要求乡镇按月汇总，确保特殊人群全员参保。

（七）强化信息赋能，扎实开展医保信息化工作

1. 开通医保移动支付试点。部署郎溪县中医院开展医保移动支付应用试点。截止 3 月底，已完成电子商户开户、系统接口升级改造、应用测试等环节，目前系统建设情况已报

送市医保局审核。

2. 推进医保智能监控系统改造。按照省、市医保局统一部署安排，积极推进定点医疗机构智能监控系统改造工作。截止 3 月底，15 家定点医院中已有 11 家完成系统改造，预计 4 月份所有定点医院均可完成系统改造任务。

3. 继续推进医保电子凭证应用推广工作。结合 15 分钟医保服务圈建设，继续发动镇村两级、“两定”机构做好医保电子凭证激活工作。组织开展医保电子凭证全流程应用“走流程、找堵点”活动，及时发现问题，督促整改，优化医保电子凭证使用体验。

二、存在问题

第一季度，对比《郎溪县医疗保障局 2023 年工作要点》及目标管理考核重点工作任务，按时序进展，重点存在以下短板：**一是**医保信息化工作推进还需加强，县医院、县中医院还未完成移动支付改造工作；**二是**医保经办服务水平还需提升，重点在商保经办效率和行风建设上；**三是**基金监管良好态势还未达成，基金预算支出管理还需优化，需进一步完善优化内控、制度、流程；**四是**基层医保经办服务能力还不足，医保政策宣传第一季度力度不够，异地直接结算率仅有 50%；**五是**围绕县委中心工作，谋划亮点工作还不够。

三、下一步工作计划

（一）持续加强基金监管工作。开展好基金监管宣传月

工作，进一步发挥监管联席会议作用，加强部门协同，以高压态势严厉打击定点医药机构医保违法违规行为，积极发挥第三方力量，强化第三方病历评审结果运用，配合开展好基金监管飞行检查工作，加强查处问题曝光力度。

（二）继续优化医保经办服务。持续深化省委“一改两为”，以“忠、专、实”“勤、正、廉”为目标，全面提升干部素质，提高医保工作效能水平。健全完善基层医保服务体系，高标落实15分钟医保服务圈工作。加强经办机构自我提升和对商保公司的督促指导，提升医保经办服务和行风建设水平。

（三）落实落细重点改革政策。创新医疗保障服务，促进医保、医疗、医药协同发展和治理。深化DRG点数付费改革，全面推进DRG结算工作。力争在县级医疗机构推进日间病床按病种付费支付方式改革，提高政策享受覆盖面。持续推进医保信息化工作，重点做好医保移动支付、医保电子凭证应用推广工作。大力推进跨省异地就医直接结算、基本医保关系跨省转移“一网通办”，力争异地就医直接结算率达70%。做好国家和省带量采购药品、耗材落地执行和相关政策衔接工作。落实落细医药机构购买国谈药“双通道”建设管理。

（四）持续做好医保助力乡村振兴工作。巩固医疗保障脱贫攻坚成果，精准落实特殊群体基本医疗保障工作，全力

保障不出现“因病致贫、因病返贫”现象。对动态调整的农村低收入人口，及时与各镇（街道）、相关县直部门确认，并在医保信息系统实时维护，确保特殊群体“应保尽保”、医保待遇“应享尽享”。

（五）强化医保政策宣传。结合基金监管宣传月，借县理论宣讲团基层宣讲之力，以医保经办窗口、定点医药机构、为民服务大厅等重点场所为宣传主阵地，统筹镇（街道）、村（社区）基层人员力量，结合家庭医生上门服务、基层公共卫生服务工作，通过巡回宣讲等形式加强医保政策宣传，强化政策宣传效果，提高干部群众政策知晓率和满意度。

郎溪县医疗保障局

2023年4月10日