关于我区 2018—2020 年医保扶贫工作情况的 汇 报

铜川市耀州区财政局

(2020 年 10 月 30 日)

按照省财政厅、省医保局绩效评价调研工作安排，现就我区三年来医保扶贫工作汇报如下。

2019 年 3 月前，健康扶贫工作由区卫健局负责统筹推进，区医保局挂牌成立后，承接该项职责，负责全区医保扶贫各项工作的落实。三年来，围绕区委区政府脱贫攻坚工作安排和部署，扎实推进贫困人口参保资助和倾斜保障政策落实等重点工作的同时，完成了市级统筹下的城乡居民基本医疗保险制度政策整合，实现了城乡居民基本医疗保险覆盖范围、筹资政策、待遇保障、医保目录、定点管理、基金管理“六统一”。同时，从 2020 年度开始城乡居民基本医疗保险参保缴费工作划归税务部门负责征收。

一、关于 2018—2020 年医保扶贫政策落实情况

1. 强化组织领导体系。三年来，我们始终把脱贫攻坚作为头等大事和第一民生工程。一是成立了医保扶贫工作领导小组和办公室，为全区医保扶贫工作开展提供有力的组织保障，确保全区

建档立卡贫困人口医保扶贫政策全覆盖。二是强化医保扶贫工作责任落实，实行一把手负总责的工作责任制，局党组扩大会、系统全干会、镇办分管工作会、定点医疗机构负责人会等不间断夯实医保扶贫工作责任，明确政策要求和阶段工作任务，坚持问题导向，举一反三推进问题整改落实，形成了局领导小组统筹安排和监督检查、局医保扶贫办具体承办和组织协调、镇办和定点医疗机构协作落实的医保扶贫工作机制，保障了全区贫困人口医保扶贫政策应享尽享。

2. 贫困人口应保尽保。三年来我区贫困人口参保险缴费工作年度参保率均达到100%，分别为2018年建档立卡贫困人口21821人，参保21821人；2019年贫困人口21912人，参保21912人；2020年我局积极配合税务部门精准贫困人口参保缴费身份标识，全区贫困人口31993人，参保30916人、视同参保1077人，实现全区贫困人口连续三年均达到100%参保。

3. 资助参保落实到位。一是基本医疗资助参保：2018年参合筹资中农村建档立卡贫困人口参加新型合作医疗保险和大病保险财政全额资助190元，由省市区三级财政按比例分担，其中省、市共资助200.304万元，区财政资助补贴98.357万元；2019年参合筹资中农村建档立卡贫困人口参加新型农村合作医疗保险和大病保险财政定额补助150元，由省市区三级财政按比例分担，剩余70元由个人缴纳，省市资助200.304万元，区财政资助参合补贴

120.411 万元，医疗救助资金资助 11.682 万元；2020 年参保筹资中农村建档立卡贫困人口参加城乡居民医保和大病保险财政定额补助 150 元，由省市区三级财政按比例分担，剩余 100 元由个人缴纳，区财政资助参保补贴 124.776 万元，医疗救助资金资助 12.1 万元。**二是补充医疗补助：**2018 年建档立卡贫困人口补充医疗区级补助 61.5748 万元；2019 年建档立卡贫困人口补充医疗区级补助 61.5748 万元。

4.倾斜报销执行到位。一是建档立卡贫困人口市内乡镇卫生院、社区卫生服务中心起付线 300 元，一级定点医院起付线 500 元，政策范围内费用（下同）报销比例 75%。符合转诊且在定点医疗机构就诊的，二级及以上医疗机构住院报销比例在现有报销比例基础上提高 10 个百分点，即：市内二级医院起付线 900 元，报销比例 75%；市三级医院起付线 1800 元，报销比例 65%；省二级医院起付线 1800 元，报销比例 70%；省三级医院起付线 3600 元，报销比例 60%。**二是**建档立卡贫困人口大病保险起付线降低 50%，执行 5000 元，政策范围内费用实行分段按比例报销，报销比例提高 5 个百分点，起始段报销比例为 65%，取消封顶线。**三是**建档立卡贫困人口住院政策范围内费用经过基本医疗保险、大病保险倾斜报销后达不到 80%的，纳入医疗救助按规定比例报销（不超过相应的医疗救助年度限额），确保报销比例不低于 80%。

三年来，全区贫困人口门诊 83445 人次，报销 344.97 万元；贫

困人口住院 22536 人次，总医药费用 14761.46 万元，政策范围内费用 14988.20 万元，基险报销 10278.13 元，大病保险报销 2930 人次、报销 406.36 万元，医疗救助 15488 人次、救助 1544.83 万元，达到了建档立卡贫困人口住院经过基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重保障后报销比例不低于 80% 的标准。

5. 即时结算方便群众。一是区域内定点医疗机构“一站式”即时结算服务全覆盖，确保建档立卡贫困人口三重保障政策“一站式”即时结算服务全面享受，最大限度的方便贫困人口出院结算。二是开通异地就医贫困人口绿色通道，优先做好备案登记和就医结算等服务，切实方便外出就业创业及时享受医保扶贫各项政策。

6. 抓宣传提升满意度。一是印制《铜川市城乡居民基本医疗保险实施办法》（节选）、医保扶贫政策、门诊慢性病和门诊大病医保政策宣传、“两病”门诊用药保障政策等宣传彩页 5 万余张发放全区贫困户，利用微信、电子屏等集中对城乡居民医保参保与缴费、医疗保险待遇、医保扶贫等政策进行密集宣传，着力提升全区城乡居民医保政策知晓率；二是积极组织医保经办机构、医疗机构工作人员开展医保扶贫业务知识培训，解读和宣传中省市区脱贫攻坚政策、医保扶贫政策，保障医保扶贫各项政策规范执行，提高群众满意度。

二、关于加强医保基金监管工作情况

一是推行 DRG 支付方式改革试点。根据市医保局统一安排部署，推进以总额控制为基础、以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革，完善按人头、按定额、按床日等多种付费方式，在耀州区人民医院开展按疾病诊断相关分组付费试点工作，是全市按疾病诊断分组付费（DRGs）唯一区县级试点医院，目前正在模拟运行。**二是规范两定机构服务协议管理。**全区定点医药机构协议签订 233 家，加大对定点医药机构的监管力度，将监管重点从医疗费用控制转向医疗费用和医疗质量双控制，强化对诊疗服务行为的监管，维护医疗保障基金安全。**三是打击欺诈骗保确保基金安全。**把打击欺诈骗保作为医保系统首要政治任务常抓不懈，连续三年制定并印发关于加强基金监管工作的实施方案，持续开展欺诈骗保专项检查，做到定点医药机构监督检查全覆盖，去年以来共查处违规医药机构 24 家，扣减医保基金 310.2752 万余元。今年我们积极争取市医保飞行检查组对耀州区定点医疗机构进行打击欺诈骗保专项检查，目前已完成 3 家定点医疗机构专项检查。常态化组织开展了“打击欺诈骗保 维护基金安全”为主题的集中宣传活动，“双定”机构张贴宣传海报 500 余份，中央广场电子屏持续宣传医保政策、滚动播放打击欺诈骗保动漫宣传片、发布药品价格监测信息和定点医疗机构名录等，通过“微耀州”持续推送医疗保障政策和“双定”机构欺诈骗保行为及举报电话，转发量超过万人以上，发动群众监督举报欺诈骗保行为，努力营造全民维

护医保基金安全的良好氛围。

三、关于医保经办和结算管理情况

1. 经办服务事项：耀州区医保经办机构主要承担全区城镇职工、城乡居民基本医疗保险五十余项经办服务，主要包括城镇职工基本医疗保险参保续保，城乡居民、城镇职工转外就医登记备案，异地安置、生育备案、部分无法直接在医院结算的外诊手工结算、医疗救助、社保卡信息查询、密码重置以及建档立卡贫困人口医疗保障等工作。

2. 经办工作程序：一是积极推行网上办事服务，城乡居民医保制度政策整合后，我们不断简化办事流程，推行“一站式”办理、网上办理。目前，居民转外就医、异地安置、生育备案以及医保目录、定点医疗机构、定点药店信息可在“铜川医保”或“铜川人社”微信公众号进行查询办理，也可通过医保经办相关窗口办理。二是做好医疗救助工作。符合医疗救助对象的居民在统筹区域内定点医疗机构享受“一站式”、“一单制”救助报销，统筹区域外救助对象持身份证、基本医保和大病保险报销结算单、病案首页和诊断证明及住院发票、《医疗救助审批表》在所在镇办进行医后医疗救助申请，经区医保经办机构审核后通过惠民补贴卡拨付救助资金。

3. 结算管理程序：办理了异地就医备案的定点医疗机构就诊实行即时报销结算；异地就医未直接进行结算的，由个人先行垫

付，出院后三个月内持相关资料到区医保经办中心办理报销手续，经办中心收取报销所需资料后根据医保“三大目录”进行审核，审核完成后手工录入医保管理系统结算，通过惠民补贴卡拨付医保报销资金。

四、存在问题

医保经办力量不足。区医保经办中心承担全区 22 万城乡居民和企事业单位职工的基本医疗和生育保险待遇经办服务工作，对全区 233 家定点医药机构实施医保协议管理和基金使用稽核，工作量庞大，工作力量不足。

五、下一步工作措施

1.加强医保政策宣传力度。一是按照“做强媒体宣传、做实社会宣传、做细入户宣传”为一体的宣传模式，广泛利用电视、微信、明白卡、LED 显示屏、入户宣传等，全覆盖、多角度、高频次宣传医疗保障政策。**二是**积极组织定点医药机构、医保经办机构人员开展医保扶贫业务知识培训，做好中省政策文件解读和宣传，保障医保扶贫各项政策规范执行。**三是**积极开展政策法规宣讲活动，采取一对一、面对面的方式进行宣传，着力提升全区建档立卡贫困人口政策知晓率和满意度。

2.精准落实医保扶贫政策。加强贫困人员动态监测和精准帮扶，实现贫困人口 100%参保。全面落实医保扶贫优惠政策，统筹三项制度综合保障，梯次降低贫困人口负担。落实医保长效扶贫机

制，做好与乡村振兴战略的衔接，重点关注已脱贫和边缘人口，防止因病致贫、因病返贫。

3.开展打击欺诈骗保行动。继续把打击欺诈骗保作为医保工作首要政治任务，常态化推进落实。组织开展好以“打击欺诈骗保 维护基金安全”为主题的集中宣传活动和常态化宣传活动，营造全社会重视监督医保基金安全良好氛围。切实开展欺诈骗保专项治理活动，采取日常监督检查与专项检查、联合检查、突击检查相结合，实现现场检查全覆盖，坚决查处违规违法行为，加大违法违规案件的曝光力度，管好用好老百姓“救命钱”。

4.强化两定机构协议管理。进一步加强全区定点医药机构服务协议管理，加大对定点医药机构的稽核频次和力度，将监管重点从医疗费用控制转向医疗费用和医疗质量双控制，强化对诊疗服务行为的监管，切实维护医保基金安全。

5.持续推进行风能力提升。深入开展行风学习教育，把行风建设工作与业务经办工作统一研究部署、统一组织实施、统一监督检查，对医疗保障政务服务事项全面梳理，不断简化和优化医保办事服务流程，提高服务质量，实施“好差评”制度，全力打造优质服务窗口。