

新平医疗保障信息

(第9期)

新平彝族傣族自治县医疗保障局

2019年4月25日

新平县医疗保障工作持续健康发展

近年来，新平县持续保持医疗保障各项工作的良好发展态势，市、县下达的各项目标任务均全面超额完成，各项医保工作取得了突破性的成效。

——**加快和完善医疗保障体系建设。**2018年，全城镇职工和城乡居民共计参保27.33万人，完成目标任务27.16万人的100.62%。医疗保障范围已覆盖全城镇就业人口、城镇非就业人口、农村人口和城乡贫困人群，构建起了惠及全民的医疗保障体系。

——**各项医疗保障基金平稳运行。**2018年度城镇职工医保收入11982.92万元，同比增长9.3%，基本医疗保险待遇支出9340.14万元，同比增长17.60%。城乡居民基本医保当年账面收入6318.19万元，同比增19.74%，基本医疗保险待遇账面支出11042.32万元。

——**完善医疗保障监管，确保基金运行安全平稳。**把基金安全摆

在医疗保障工作首位，强化财务基础工作的规范化操作，基金支付做到层层把关，严格审核。不断提升基础数据质量和预算的精细化水平，加强基金预算管理，优化基金存款结构，努力实现医保基金保值增值。对全县所有参保单位开展医保征缴稽核，书面稽核达 100%、实地稽核达 12.27%。加强“两定”机构监管，开展专项检查和打击欺诈骗取医保基金专项行动，处理违规医药机构 11 家、违规费用 39.59 万元，暂停医保系统 3 家；全面提升医疗费用审核效率，采取智能审核和人工抽审相结合的新审核模式，终审城镇职工、城乡居民医疗费用单据 179.29 万条，审定违规单据 1.84 万条，审核扣款 63.42 万元；认真做好意外伤害调查稽核，全年审核 3210 例，不予支付 57 例、费用 51.69 万元；建立医保基金预警及约谈机制，按季度对医疗费用增幅过大，基金运行存在风险的医疗机构发放预警通知，对主要负责人进行约谈，通过发放预警通知书、开展约谈进一步强化了医保定点医疗机构的自我管理和责任意识，有力保障了医保基金的安全运行。

——**医疗保险付费制度改革深入开展。**不断深化医疗保险付费制度改革，积极建立以基金收支预算管理为基础，以总额控制为核心，按病种付费、按人头付费、按疾病诊断相关组（DRG）付费、项目付费等多种付费方式有机结合的支付制度，确保医保基金的持续正常运行，有效控制医疗费用的不合理增长，提高医疗资源和医保基金的使用效率。取得了人次均住院医疗费用明显下降、病案质量显著提高、临床路径全面铺开、医院收入结构逐步优化、医务性收入占比持续提高、药占比明显下降的初步工作成效，医疗费用迅速增长势头得到

相对合理控制，医保基金使用效率明显提高。

——**全面落实各项健康扶贫政策。**2018年，全县建档立卡贫困人口11220人，参加城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病医疗保险率达100%。认真贯彻《云南省健康扶贫30条措施》规定的“四重保障”政策，不折不扣落实建档立卡贫困人口医疗保险待遇倾斜政策，政策范围内医疗费用报销比例达标准要求，个人实际自付比例控制在10%以内，有效减轻建档立卡贫困人口就医负担。

——**扎实做好跨省异地就医联网。**在县医保中心服务大厅增设了金融社保卡服务窗口，提供申请办理新卡、密码修改、补换卡、卡鉴权、卡管理城市转移等业务。授权各乡镇（街道）社保中心卡管系统部分权限，满足各乡镇（街道）参保人员新申办、补卡的需求。开通异地就医电话备案，跨省异地就医人员只需通过电话报备后，即可享受正常住院、即时报账等便民、利民服务。2018年全县参保人员跨省异地就医共41人次、总费用113.48万元，统筹基金支付38.2万元，就诊医院涉及湖北、北京、重庆、四川、江苏、浙江、贵州等区域。