

书写医保民生答卷 让人民健康有“医靠”



江津区职工医保门诊共济保障改革动员部署工作会议

人们对健康的更多期盼，就是医保人奋斗的更大目标。一年来，江津区医疗保障局紧紧围绕推动医疗保障高质量发展的建设要求，推进医保领域重点改革和优化经办服务，落实“强监管、促创新、抓服务”举措，在增强人民群众的医疗保障“获得感、幸福感、安全感”上狠下功夫，取得了良好的成效。

据统计，2023年，全区医保参保人数138.84万人，医保综合参保率97%以上，低收入人口和脱贫人口参保人员110729人，参保率达100%；直接医疗救助21.95万人次，支出救助资金5961.52万元；全区医保基金收入28.73亿元，支出20.3亿元，居民医保、职工医保政策范围内报销比例分别达71.03%、89.45%，均达到江津区医疗保障“十四五”发展主要指标，有力保障了参保人员就医待遇。



基金监管飞行检查

“两病”门诊用药有保障 “四送服务”惠民生

“没想到，我这个高血压药可以报销这么高。”2023年12月20日，慈云镇居民周厚书在慈音寺社区卫生室拿到“两病”（高血压、糖尿病）集采甲类药后，费用全部给予了报销，很是高兴。

据了解，2023年，江津率先在全市开展深化“两病”门诊用药保障

点。为了切实降低“两病”患者用药负担，区医保局组织医学专家评审研判，从392种“两病”集采药品中精选63种集采药品，形成“两病”集采用药专家推荐指导目录。

同时，引导定点医疗机构特别是基层医疗机构优先选用目录甲类药品，区内试点镇“两病”患者集采药品

使用占比达96.4%，其中甲类集采药品使用占比达61.4%，更多的患者实现了个人“零支付”，实现“小病门诊治、大病住院治”的目标。

邀请医学专家对基层卫生院医生开展“两病”用药专题培训和基层坐诊；采取“移动药房”方式，保障偏远地区群众用药需求；将卫生院、卫

生室医保固定结算终端，延伸到群众家门口，作为移动临时结算端口；家庭医生定期下乡开展公共卫生慢病知识和医保政策宣传的同时，重点为就诊“两病”患者普及医保知识……一项项实实在在的为民举措，让“两病”患者真正享受到医疗改革带来的红利。



国家医保中心来津调研医保工作

多措并举推动医改 减轻群众就医负担

“太好了！现在普通门诊也可以用医保报销了！”某单位职工王芊因腰椎间盘突出在江津区中医院看病花了464.9元，经门诊报销271.4元后，个人仅需支付193.5元，他对此连连称赞。

据介绍，江津区稳步推进职工医保门诊共济保障改革，将普通门诊费用主要由个人账户支付变为由医保统筹基金报销和个人账户支付相结合，通过调整个人账户基金结构，提高基金共济保障能力，解决个

人账户“有病的不够用，没病的没发挥作用”的问题。

目前，在职职工普通门诊报销起付线是200元/年，在二级及以下医疗机构报销比例为60%，三级医疗机构报销比例为50%。随单位参保的职工医保和个人参加的职工医保二档年度报销限额为3000元/年，个人参加职工医保一档报销限额为800元/年。退休职工普通门诊报销起付线是100元/年，在二级及以下医疗机构报销比例为70%，三级医

疗机构报销比例为60%。随单位参保的职工医保和个人参加的职工医保二档年度报销限额为4000元/年，个人参加职工医保一档报销限额为1200元/年。

江津区医保局进一步扩大药品耗材集采覆盖范围，保障群众能用上质量好、疗效好、价格低的集采药品和耗材。截至2023年，落地执行药品带量采购16批次534个品种，平均降幅55.22%；落地执行医用耗材带量采购24批次19种（批

次），平均降幅70.55%。全年采购集采药品12734.11万元，采购集采耗材3155.9万元，自2019年以来累计节约医保基金和减轻群众负担5.27亿元。据了解，现有集采药品可用于治疗高血压、糖尿病、高胆固醇血症、胃溃疡、哮喘、过敏性疾病、癫痫、抑郁、感染、肿瘤等疾病，集采耗材可用于白内障手术、髋关节和膝关节置换术、改善冠心病患者心肌供血不足或心脏动脉阻塞等治疗。



政务服务中心医保窗口

夯实托底保障 精准实施医疗救助

为巩固脱贫攻坚成果，有效衔接乡村振兴，精准实施救助和帮扶措施，防范“因病致贫”和“因病返贫”的情况，区医保局精准实施医疗救助。自主设计、委托第三方开发数据比对程序，完成救助对象信息汇总。2023年，收到民政、退役军人事务

局、残联等相关救助对象认定部门数据134.07万条，累计动态调整救助身份14228人。

健全防范化解因病返贫致贫长效机制。区医保局建立健全低收入人口和脱贫人口参保台账，分类实行参保资助，确保困难群众100%参保。在全市率先出台了

《重庆市江津区健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施办法》，将低边边缘家庭成员和纳入监测范围的农村易返贫致贫人口纳入重特大疾病保障范围，并结合全区实际情况确定了“倾斜救助”救助标准。2023年，全区直接医疗救助21.95万人次，支出医疗救助

资金5961.52万元，其中倾斜救助296人次，支出救助金67.92万元。

此外，积极推进成渝地区长期护理保险评估结论互认，为失能人员保驾护航。2023年，开展失能评估228人次，享受待遇人员455人，发放护理费348.39万元。



家庭医生巡诊队为群众送健康

筑牢医保防火墙 守好群众“救命钱”

医保基金是群众的治病钱、救命钱，关系着每一名参保人员的切身利益。江津区医保局高度重视违法违规使用医保基金查处工作，加强部门联合监管，完善医保基金监管体系，深入推动成渝地区监管合作，全面提升医保基金监管效能。

过去的一年，区医保局建立了行政执法案件“查、处、审”分离

机制，推行一线执法人员检查、审查委员会集中审理研究决定处理方案和法制部门专业审核把关的行政执法模式，加强与公安、卫生健康、审计、民政、市场监管等部门协调配合，围绕分解住院、过度诊疗、违反价格规定、分解收费、串换项目等开展监管，形成监管合力，形成一案多查、一案多处的联

合惩戒机制。开展现场监督检查1145家，有效打击了违法违规使用医保基金行为，守护好人民群众的“看病钱”。

同时，区医保局建立了镇街、村社协助监管机制，并将其与工作经费相挂钩，实现区、镇街和村社三级联动，充分发挥基层对监管对象“知根知底”、收集问题线索协助

调查和区级部门专业监管的作用，实现了优势互补，解决了区级“管得了、看不见”和基层“看得见、管不了”的问题。

此外，区医保局强化常态化监管力度，建立问题清单组织开展自查自纠，通过日常检查、突击检查、专项检查和费用审核非现场检查，实现了对医药机构全覆盖。



区医保局在嘉平镇开展赶场宣传

提升优化公共服务 医保经办实现全覆盖

“我区医保参保人跨省异地住院、普通门诊、部分慢特病门诊已实现直接联网结算，异地就医备案服务也实现了全流程上办理和自助办理。”区医疗保障事务中心副主任吴建永介绍，江津已实现川渝异地就医住院免备案，减少了就医群众“跑腿”次数。

近年来，江津大力推进跨省异地就医直接联网结算，全区55家医院全部纳入普通住院费用跨省直接结

算，774家定点医药机构纳入普通门诊费用跨省直接结算，27家医院纳入门诊慢特病费用跨省直接结算，19家卫生室（诊所）纳入普通门诊费用跨省直接结算。

为补齐镇、村医保服务短板，近年来，江津区医保局持续优化三级经办体系，积极争取市、区配套资金616万元，强化镇村两级设备、网络、示范创建、队伍建设保障等，实现301个村（社区）医保经办全覆盖，形成了

“15分钟医保服务圈”经办新体系，将医保经办服务搬到群众身边，激活基层镇村潜在活力。目前，区级医保服务中心全面经办33项医保业务，镇级医保经办业务15项，村级承办业务11项、代办7项。

据了解，江津区、镇（街）、村（社区）经办机构还加大了医保码推广力度。通过镇街赶场宣传、走访大型企业、定点医疗机构等方式，面对面指导参保群众激活和使用医保码，按月

通报医疗机构医保码使用数据，营造争先创优的干事氛围。目前，全区医保码激活率达64.82%，医药机构医保码使用率平均达到34.96%。

改革永远在路上，医保服务永无止境。下一步，江津区医保局将聚焦群众急难愁盼，把国家、市医保局制定的医保政策落实好、执行好，推进“三医”联动，强化医保改革，优化医保服务，不断提升人民群众的医保获得感、幸福感。