

在医疗保障改革的道路上阔步前进

——2024年江津区医保局工作总结



江津-合江-习水-赤水签订跨区合作协议

这一年，待遇保障水平不断提高，参保群众的获得感更加丰实

“我原来没有办理‘两病’（糖尿病、高血压），每个月自己拿药要58.66元，去年9月份珞璜卫生院开展巡诊服务时现场为我办理了糖尿病资格，办了‘两病’后，我个人只花了9.76元，有医保就是好！”江津区珞璜镇参保人李福说。

江津区持续深化“两病”门诊用药保障、开展“四送”服务。镇卫生院每月固定选派专家或家庭医生为“两病”患者提供下乡巡诊服务，到各村（社区）开展“送医、送药、送报销、送政策”的四送服务，并现场为符合条件的“两病”人员办理认定资格，让“两病”患者在家门口感受到了

看病、拿药、报销、知政策的“一站式”服务，极大减轻了“两病”患者门诊用药负担。试点扩面镇“两病”患者集采药品使用率达95%以上，门诊就诊率达75%以上，血糖血压控制率达80%以上，群众满意度达90%。

“两病”患者医药费用的降低，得益于我区药品集中带量采购制度的贯彻落实。自开展集采工作以来，我区共落地执行带量采购药品累计20批次共756个品种，落地执行带量采购医用耗材累计28批次21种。2024年，全区公立医疗机构采购集采药品20096万元，采购中选耗材3459万元，集采药品平均降

幅超过50%，集采耗材平均降幅超过70%，预估节约医保基金和减轻群众负担超过2.8亿元。

据悉，目前集采药品涵盖呼吸系统疾病、心脑血管疾病、高血压、抑郁、肿瘤、癫痫等各类临床常见病、重大疾病治疗用药。集采耗材涵盖冠脉支架类、人工关节类、人工晶体类、心脏起搏器、口腔种植牙、骨科脊柱类、心脏介入电生理类等。

为进一步夯实医疗救助托底保障，用好“三重制度”保障政策，我区加强困难人群因病返贫致贫监测，精准识别救助对象。积极做好农村低收入人口和脱贫

人口的分档资助参保，确保两类人员参保率不低于99%。目前，全区直接医疗救助26.59万人次，支出救助金6220.17万元，困难群众资助参保8.53万人，支出资助金2970.79万元，有效降低群众因病返贫致贫风险。

医疗保障获得感更强，群众的参保意愿越高。江津区创新开发“医保全民参保一件事”，已实现“一地创新，全市共享”，持续赋能参保工作。2024年度全区参保人数138.89万人，其中居民医保109.45万人，职工29.44万人，医保综合参保率持续稳定在96%以上。



区医保局联合区卫生健康委开展监督检查



智慧医保专区



医保窗口工作人员解答群众疑问

这一年，医保基金使用效率持续提高，基金安全的防线更加稳固

当前，医保改革正逐步进入深水区，如何在“保基本”的基础上守好基金承受能力的“底线”？如何确保每一分“救命钱”都花在刀刃上，满足广大参保人就医需求？这需要深化医保支付方式改革，推进DRG实际付费。

区医保局牵头成立DRG改革扩面工作领导小组，统筹推进DRG付费改革扩面工作。目前区中心医院、区二院等13家二级及以上医疗机构已纳入实际付费，一级医疗机

构DRG付费改革已全面启动。

区医保局相关负责人介绍，支付方式改革的目的是简单的“控费”，而是引导医疗机构聚焦临床需求，采用适宜技术因病施治、合理诊疗，避免大处方、滥检查，更好保障参保人员权益，确保医保基金安全运行。以江津区中心医院为例，2024年住院次均费用降低10.14%，平均住院日6.61，较2023年同期降低了9.98%。

25家次医疗机构被单独约谈，

20家医药机构被中止医保协议，62家医药机构解除医保协议……从这组数据不难看出，为筑牢医保基金安全防线，全区正以前所未有的力度和决心，打击医保基金欺诈骗保行为。

区医保局下发问题清单，组织全区医药机构开展自查自纠，督促医药机构认真落实医保基金使用自我管理主体责任，96家定点医药机构自查自纠退回医保基金917.24万元。通过开展打击欺诈骗保“百日攻坚”专项整治，整治冒用死亡人

员信息、频繁住院、聚集刷卡、“门诊住院化”“体检式住院”等行为背后可能存在的欺诈骗保行为。联合区卫生健康委、江津区市场监管局等开展现场检查，严厉打击虚假诊疗、虚假购药、倒卖医保药品等。全年共开展集中警示教育3次，公示曝光查处案例30例，向纪检监察移送问题线索4件，向公安部门移交案件线索1件。2024年，市医保局通报医保基金综合评价情况，我区获得全市第二名的成绩。



“两病”巡诊活动受群众欢迎

这一年，医保经办服务提质增效，为民服务的底色更加鲜亮

“这个小程序挺方便，可以了解医保政策、查看医保服务网点地图，还能直接跳转到医保码和异地就医备案这些链接。”前来医保窗口办理业务的王女士对区医保局推出的“江津智慧医保”评价道。

据介绍，区医保局自主开发了“江津智慧医保”便民小程序，可提供政策解读、办理指南、常见问题答疑等服务，推出经办服务网点地图，整合医保码、异地就医备案、渝药易购等功能，为群众提供一站式医保服务。

为更好服务群众，打造江津特

色经办服务品牌，各级政府财政投入资金603万元，纵深推进经办业务下沉标准化建设，夯实由1个区级、30个镇（街）、301个村（社区）组成的“横向到底，纵向到底”医保经办服务体系。目前镇（街）可办理基本医疗保险参保和变更登记、信息查询和个人账户管理、异地就医备案等7项高频业务，村（社区）业务帮代办医疗费用手工（零星）报销、生育保险待遇核准支付等15项业务。区医疗保障事务中心被评为“全市医疗保障服务窗口示范点”，白沙镇劳动就

业和社会保障服务所医保服务点、先锋镇夹滩社区居民委员会医保服务点被评为“全市医疗保障基层服务示范点”；江津区中心医院被评为“全市医疗保障定点医疗机构示范点”。

为进一步完善“15分钟医保服务圈”，区医保局与高校、医疗机构、园区（企业）、金融机构合作共建“医保服务站”12个，依托“重庆医保基层服务平台”，为参保群众提供就近受理、帮办、代办及咨询服务，切实发挥社会力量对医保公共服务的补充作用。

针对医保政策知晓率不高这一难点，区医保局创新制作医保宣传二维码7000余份发放至全区定点医疗机构和医保经办机构，摆放张贴在病房、药店和窗口的显眼位置，就医患者及家属扫码即可实现医保政策“码”上知道。重点在短视频上发力，在居民医保集中缴费期，发布了《你买医保了吗》《2025年城乡居民医保缴费开始了》《居民医保看病怎么报销？》等7个参保系列视频，在“江津发布”微信公众号、江津网、最江津APP等投放，反响热烈。



工作人员为群众宣讲医保政策

这一年，区域协同发展展露新貌，医保发展的蓝图更加美好

2024年12月3日，江津区退休人员肖先生在郑州大学附属第一医院就诊时，使用医保码直接报销了冠心病的门诊医药费。结算单上显示，其医疗总费用147.41元，医保报销了109.79元。

据悉，自2024年12月1日起，全国医保已正式上线包括高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗、慢性阻塞性肺疾病、类风湿关节炎、冠心病、病毒性肝炎、强直性脊柱炎共10种门诊慢特病相关治疗费用跨省医保直接结算服务。江津区门诊慢特病费用跨省直接结算已累计达到1.86万人

次，减少个人垫付1624.62万元。

截至目前，全区承担住院任务的55家医院纳入普通住院费用跨省直接结算，766家定点医药机构纳入普通门诊费用跨省直接结算，41家医院纳入门诊慢特病费用跨省直接结算，61家卫生室（诊所）纳入普通门诊费用跨省直

接结算。

成渝地区双城经济圈建设医保发展更加协同，签订江津-德阳、江津-合江-习水-赤水跨区合作协议，推进医保参保、信息共享、基金监管、异地就医、经办服务跨区域协作，全面构建省际边界区域医疗保障协同服务新格局。

成渝地区双城经济圈建设医保发展更加协同，签订江津-德阳、江津-合江-习水-赤水跨区合作协议，推进医保参保、信息共享、基金监管、异地就医、经办服务跨区域协作，全面构建省际边界区域医疗保障协同服务新格局。



群众赠送锦旗