

上海市闵行区医疗保障局

闵医保发〔2023〕1号

关于印发《闵行区医疗保障局 2022年工作总结》的通知

局机关各科室、区医保中心：

经局长办公会审议，现将《闵行区医疗保障局 2022 年工作总结》印发给你们。

闵行区医疗保障局

2023 年 2 月 17 日

闵行区医疗保障局 2022 年工作总结

2022 年，闵行区医疗保障工作坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，贯彻落实党的二十大精神，认真践行以人民为中心的重要理念，围绕疫情防控和医保改革发展，稳步改善人民群众医疗保障待遇，积极促进管理服务提质增效，持续保持基金监管高压态势，群众医疗保障获得感和满意度不断提升。现将 2022 年工作情况报告如下：

一、服务疫情防控和区域经济社会发展大局

（一）积极为疫情防控贡献医保力量

做好费用救治保障,及时足额预付定点医疗机构医保费用，确保患者不因费用问题影响就医，确保定点医疗机构不因支付政策影响救治，疫情防控期间拨付全区医保定点机构医保费用 9.04 亿元，完成新冠定点医院和方舱医院申报费用 2628.54 万元。落实防疫相关医药服务政策，及时做好降低核酸检测项目价格工作，落实抗原检测、新冠相关药品纳入医保支付范围，试行医保个人账户支付在定点零售药店购买医用口罩费用。方便群众就医及代配药，推动医保卡、就医记录册申领等高频服务“掌上办”“一网通办”，放宽医保经办服务事项办理时效，支持社区卫生服务中心开具“长处方”“延伸处方”；在全市各区中率先建立疫情期间社区志愿者集中代配药机制，组建街镇代配药工作联络群，动态更新代配药机构开窗信息提升代配药效率，3 月中旬至 5 月

底社区集中代配药服务 64.22 万人次，有效解决封控居民急难愁盼问题。踊跃发动医保志愿力量，积极响应区委组织部、区级机关工作党委号召，先后派出 3 组队伍共 22 人次分别下沉支援莘庄康城、梅陇晶采一居、华漕紫薇新村，形成了“康城代配药模式”等较好的典型做法。派出 3 批共 15 人次专班人员承担吴泾宝龙艺悦隔离酒店专班工作。在编人员参加组织派出下沉、单位保障值守的占比达到 100%。疫情期间发动党员职工 46 名捐款共计 11900 元。

（二）助力区内生物医药产业发展

聚焦主责主业，调研走访了 18 家区内生物医药机构，排摸、收集、反馈企业在疫情防控与经济发展中遇到的困难。10 月组织开展了生物医药企业医保政策座谈会，邀请市医保部门讲解药品、耗材、服务项目的编码申请办理流程，现场为企业释疑解惑。向市医保部门积极沟通推介区内符合条件的创新产品，我区上海松力生物科技有限公司的壁修补材料于 6 月被批准纳入本市医保支付范围，该产品的采购数量提高了 6-8 倍，有力促进了该企业发展，为患者提供了更多的选择。

二、有力推进医保领域重大改革部署及试点

（一）创建全国“两病”用药保障机制专项行动示范区

加强与卫健部门协作，支持家庭医生签约服务，强化高血压、糖尿病“两病”患者筛查、诊疗、用药各环节保障，确保“两病”患者的用药配得齐、开得出。做好国家医保局

对我区创建全国“两病”用药保障机制专项行动示范区评估验收的迎检准备。

（二）推进医保支付方式改革

认真落实《上海市 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划实施方案（2022-2024 年）》。根据市下达的年度医保预算指标（41.64 亿元），结合 DIP 试点、疫情防控以及基金监管等情况，制定《2022 年闵行区医保预算年初指标分配方案》，做好 2022 年医保总额预算分配及执行。组织区内定点医疗机构参加市医保支付方式改革“双百”培训。

（三）推进医保数字化转型

建立“智慧闵行医保卫士-‘看病钱’守护系统”，进一步提升对医保基金监管、长护险服务、医疗救助、总控分析以及公务员医疗补助核算的数字化管理能力。首创并开展全区“门诊代配药”规范管理试点，在区内公立及社会办医保定点医疗机构试行扫“随申码”代配药，锁定并核验配药及取药人员信息，重点预警“一人多卡、一卡多人、一人多机构、一卡多机构”等四种异常代配情况。形成覆盖全区的代配药监管布控网络，分析预警疑似违法收贩药品行为，从源头防范医保欺诈。该项目入选第五届“上海医改十大创新举措”。

三、有效开展医保领域各项巡检工作

（一）接受区委巡察和全覆盖审计

切实做好迎接巡察各项准备工作，增强做好巡察整改工作

作的思想自觉和行动自觉。严格按照巡察规定，完成巡前沟通会、巡察动员会、两个共同学、巡察汇报会、干部访谈等规定任务。充分接受区审计局开展的全覆盖审计工作。对巡察过程提出的 5 个立行立改问题、审计提出的 1 个整改问题高度重视，第一时间研究整改。强化巡察、审计的成果运用，规范内部管理，重点完善医保基金监管相关制度，制定 6 项规程制度，确保公正执法、规范执法，守好管好医疗保障民生资金。

（二）开展打击诈骗医保基金专项整治行动

结合区医保专家组、第三方审计公司力量，按照“双随机一公开”执法要求开展全覆盖执法检查。全年共检查区内医保定点服务机构 304 家次，查处及扣减违规费用共计 943.69 万元。一是严肃处理严重违规机构。对 47 家次机构进行了行政处罚共计 199.16 万元，暂停 1 家中医门诊部、1 家养老内设医疗机构中医科医保结算 6 个月，暂停 2 家长护险居家护理机构新增服务对象 3 个月；二是加强对参保个人异常费用和行为的监管机制。开展“两个异常”审核 136 人次，追回违规费用 30.9 万元；行政处罚 14 人次，罚款 3.71 万元。禁止 2 名严重违规长护险护理员从事长护险相关业务两年；三是落实医保医师药师记分管理。对涉嫌违规的执业医师进行警示约谈共计 170 人次，对 10 位医师记分处理。

“区行刑衔接助力打击欺诈骗保创新实践”入选国家医保基金监管蓝皮书。

（三）开展医疗救助领域相关问题专项治理

坚持刀刃向内，成立区医疗救助专项治理攻坚领导小组，制定并下发《关于开展本市困难群众救助补助资金审计发现医疗救助领域相关问题专项治理的工作方案》，对照市级困难群众救助补助资金及相关政策落实审计发现的问题，全面排查工作中存在的问题和不足，加快补齐短板和弱项。召开专班会议，明确经办部门针对审计问题整改进展、问题台账建账销账、规章制度建立健全落实以及医疗救助资金违规使用等情况开展自查自纠。积极落实问题整改，追回 50 名救助对象重复享受待遇费用合计 2.11 万元。进一步发挥医疗救助“兜底线”作用，全区参保资助 412.44 万元，惠及困难群众 5426 人；救助医疗费用 1722.59 万元，共计 5.49 万人次。

（四）开展医保经办服务规范建设专项行动

根据市医保部门等相关工作部署，围绕年度医疗保障领域重点工作任务，聚焦医保经办服务“难点、堵点、痛点”问题，开展行风建设自评工作，及时发现行风建设中存在的短板和问题，加强经办窗口标准化、规范化建设，通过推进窗口服务创先争优，增强医疗保障经办管理服务水平。

四、贯彻落实各项医疗保障待遇

（一）落实疫情防控期间参保人医疗保障待遇

按照“分类规范，应报尽报”的原则，做好因社区封控无法持卡就医结算而产生的医药费零星报销工作，推行“一

网通办” “随申办 APP” 等线上渠道，实现快速待遇给付，减少人员聚集。6 月以来，已完成相关零星报销 12900 笔，基金支付 3237.05 万元，未出现患者因费用问题影响就医或因无卡就医影响保障待遇。

（二）推动落实区内医疗救助“免申即享”

整合原“一站式”医疗救助系统及医疗救助窗口经办流程，开发建设医疗救助“免申即享”系统，优化救助环节，并于 12 月起试行。试行后，区内困难人群医疗救助费用将由“依申请办理”转为“依身份享受”，有效缓解困难群众在医疗费用和药品费用等方面的经济压力。截止 12 月底，“免申即享”医疗救助费用 70.87 万元，救助 922 人次。

（三）提升长护险服务质量

持续有力落实长护险居家服务疫情常态化防控，逐步有序恢复长护险居家护理服务，对超高龄、重残、失独等特殊人群开展关心关爱活动。开展长护险从业人员继续教育培训，采用在线理论学习、实践操作相结合的方式，提升长护险居家护理员护理技能，进一步提升我区长期照护服务质量，累计培训 2288 名长护险居家护理员。当前，全区 86 家长护险护理机构为区内 2.49 万长护险老人提供长期照护服务。全年长护险交易总费用 2.36 亿元，其中基金支付 2.09 亿元。

（四）持续做好医保公共服务

坚持窗口常态化疫情防控不松懈，做好窗口工作人员防

护及办事场所日常消杀工作。不断提升医保公共服务水平，推进窗口行风建设和线上办事能力，为群众提供更加优质、便捷的经办服务。全年区医保经办总服务量 20.31 万人次，其中零星报销、制卡制册等线下窗口经办服务 16.79 万人次，涉及金额 1.26 亿元，医保公共服务“一件事”线上服务 3.52 万人次，涉及金额 510.12 万元。依托线上、线下双渠道，持续优化生育保险经办服务，有力支持三孩政策实施，累计支付生育保险金 5.98 亿元，给付 2.10 万人次。

五、切实提升人民群众就医保障体验

（一）贯彻医保政策待遇调整相关工作

通过政府开放日等方式开展本市医保个人账户家庭共济使用制度的政策宣传，做好区内相关医疗机构培训及指导。落实第六批国家药品（胰岛素）、医用耗材（人工关节）的集中带量采购工作，做好中成药、口腔种植体集中带量采购相关准备工作，切实降低群众用药经济负担。

（二）开展药品“双通道”试点

为确保“临床价值高、患者急需、替代性小”的国家谈判药品能够在门诊、药店两个通道中平稳充足供应，满足患者的临床使用需求，2 家医保定点零售药品已开展药品“双通道”试点。全年“双通道”药品共交易医保费用 267.40 万元，其中医保基金支付 176.93 万元，合计 435 人次。

（三）做好医药机构纳保管理工作

全年新纳保医疗机构 7 家、药店 5 家、长护险养老机构

2 家。终止医保结算 2 家。疫情防控期间启动应急措施，将上海览海康复医院纳入医保定点，保障了有基础性疾病阳性病人的隔离救治。将 9 家定点医疗机构纳入“互联网+”医保支付范围，减少线下交叉感染并缓解就医配药难矛盾。

（四）进一步优化跨省异地医保结算

持续挖潜，在全市率先实现“120”院前急救医保费用的跨省异地结算功能。外省市参保患者可持外省市医保卡，在我区定点医院进行院前急救、门诊、住院全流程就医直接医保结算。全年我区跨省异地结算总金额 6.81 亿元，惠及 16.15 万人次，其中门诊 14.12 万人次、住院 1.98 万人次、院前急救 465 人次。

公开属性：主动公开

闵行区医疗保障局办公室

2023 年 2 月 20 日印发
