

劳动保障局医疗保险工作情况汇报 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/283/2021\\_2022\\_\\_E5\\_8A\\_B3\\_E5\\_8A\\_A8\\_E4\\_BF\\_9D\\_E9\\_c25\\_283909.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/283/2021_2022__E5_8A_B3_E5_8A_A8_E4_BF_9D_E9_c25_283909.htm) 尊敬的主任、各位副主任、各位委员：在市委、政府的正确领导下，在市人大、政协的支持和监督下，在上级业务部门的具体指导下，我市医疗保险工作紧紧围绕构建和谐社会和服务醴陵经济发展这个大局，通过广大劳动和社会保障系统工作人员高效务实的工作，保险覆盖范围不断扩大，制度运行基本平稳，基金收支平衡，造就了一支精干的医保专业队伍，参保人员基本医疗需求得到保障，医疗服务竞争机制基本形成，得到了上级主管部门的充分认可和社会各界的高度评价。下面我从三个方面向各位领导作个汇报，请予审议，不妥之处，请大家批评指正。

一、基本情况 我市城镇职工基本医疗保险自2003年7月启动以来，本着全面实行、稳步推进模式和规范运作原则，严格执行国家政策和上级有关文件精神，基金运行比较平稳，保持了收支平衡、略有节余的良好势头。医疗保险启动初期，操作上主要是将机关事业单位，中央、省、市驻醴单位，自收自支单位中的大部分单位纳入保险范围。经过连续三年扩面，除部分乡镇卫生院外，已覆盖到市内所有机关事业单位，目前参保单位为387户，参保人数达28971人。三年多来，基本医疗保险基金应征6442万元，实际征收到位6300万元，征缴率为98%。启动基本医疗保险至今，已累计为6036人次住院报销医药费2112万元，年平均住院率10.5%，个人帐户支出1500万元，特殊门诊报账支出225万元，历年累计统筹基金滚存结余1191万元。离休人员及二乙以上革命伤

残军人（这一项目单列），实行医疗统筹结算办法，由定点医院归口管理（醴劳字[2006]2号文件）。我市现有离休人员和二乙以上革命伤残军人563人。2006年起调整为按8000元/人收取医疗统筹金，全年应收基金450.4万元，从上半年运行情况来看，估计全年需支出530万元左右，因此离休医疗统筹金存在一定资金缺口，但相对去年来说，亏损要少一些，可基本上达到预期目的。

二、主要做法 医疗保险属于社会保险，因此有别于商业保险。为使这一涉及面广、政策性强的工作得以顺利开展和稳步推进，我市2003年10月成立专门的工作机构，工作上以强化基金征缴，加强基金管理，提升服务质量为手段，确保了基金的征缴有力、使用得当和安全运行。

（一）强化基金征缴，确保应保尽保、应收尽收。2003年7月，市人民政府制订并发布了城镇职工医疗保险试行办法和实施细则，明确了医疗保险的范围，按照属地管理原则，要求驻市所有用人单位参加医保。从执行以来的总体情况看，基本做到了按文件规定应保尽保。基金征缴主要由参保单位依照《社会保险费征缴暂行条例》的规定，委托参保单位开户银行代扣，或直接向医保经办机构缴纳，通过强有力的监管和及时催缴，征缴率一直处于较高水平。

1、严格实行目标考核。近年来，政府每年都将医保工作列入重要议事日程，从政策上扶持，工作上指导，思想上把“吃药”放在与“吃饭”同等重要的地位。首先是坚持目标责任管理不动摇。在精心制定具体实施方案和考核办法、确定工作目标、分解工作任务、签订工作责任书的基础上，建立了“一把手”抓、抓“一把手”的工作机制，将其纳入对市直各单位和乡镇街道领导班子绩效考核的主要内容。多次召开业务培训、业务

工作会议和推进工作会议，分析形势，研究问题，指出解决的办法和措施。其次，工商、税务、劳动保障等部门加大了联合执法力度，在扩面工作上统一认识，协调一致，形成合力，对不愿参保的企业加大行政干预力度，责令限期参保，同时在评先、创优、税收优惠等方面进行直接挂钩。对未完成任务的单位实行一票否决。由于目标责任明确，措施到位，每年都超额完成了上级下达的目标任务。

2、切实加强政策宣传。医保工作在我市起步相对较晚，为了营造良好的舆论氛围，使政策广泛深入人心，我市从四个方面加强政策宣传力度。一是在电视台开辟了宣传专栏，对医疗保险政策进行了为期两个月的系列宣传报道；二是结合劳动保障的维权执法积极开展“宣传周”、“宣传月”等活动进行集中宣传，累计发放各类宣传资料18000多份；三是充分利用会议、简报、座谈、接待、街头咨询等方式，向参保人员进行重点宣传；四是组织定点医院、定点药店人员，上街设立宣传咨询台、宣传栏、发放资料、免费义诊等形式，向市民进行广泛宣传。

3、不断加大征缴力度。“以收定支，略有节余；上月预缴，下月支付”是医保基金的运作原则，如果基金不能及时足额征缴到位，保支付将成为一句空话。对于医疗保险的征缴，国家实行强制征缴办法。我市也建立了政府牵头、人大督办、部门配合的三级联动基金征缴机制。对不启动医疗保险的财政拨款单位，实行会计核算中心不予报销医疗费用，对不扣缴的单位对单位主要负责人按规定进行处罚，对有钱不缴和欠费严重的单位，一经查实，财政部门只发给80%的工资，扣除20%的工资用于补缴保险费。对其他企事业单位，要求工商、税务、公安等部门办理有关证照年检时，

必须查验缴纳保险费凭证；审计部门对重点欠缴单位实行专项审计、银行优先扣缴保险费等。同时，为解决企业参保和基金征缴问题，市医保经办机构深入企业，通过与企业负责人对话、宣讲政策和法律法规，使企业认识到参保符合企业发展的长远利益，从而增强了参保的主动性。（二）强化基金监管，确保实事办实、好事办好。为参保人提供服务的定点医疗服务机构，是联系参保人员和保险经办机构的关键纽带，也是保险基金的流出通道和保险基金收支平衡的阀门，因此，“两定”管理也是医保经办机构工作的重点和难点。目前，我市已有8家医院和24家定点药店获得定点资质。为确保医疗保险按照政策执行到位，市医保经办机构专门配备了两名医药专业技术人员，专门负责对定点医院、定点药店进行检查，并重点抓好了保险经办机构的管理。

1、严把“三关”，加强对定点医院的管理。在基金使用过程中，支付给定点医院的资金占基金支付总额的绝大部分，因此，对定点医院的监管自然是监管工作的重中之重。我市的主要做法是全程监管，把好三关。一是把好住院病人关，杜绝冒名住院。一方面，在定点医疗机构中推广试行基本医疗保险诊疗常规，及时抽查住院病历、门诊处方、发票、购药明细单等，加强对轻病住院、挂床住院、过度检查、不合理治疗和违规用药等现象的管理力度。另一方面，对参保人住院，市医保经办机构明确要求定点医院医保科、护士站工作人员，对病人住院情况进行逐一核查，如发现有冒名顶替住院现象，必须及时报告，否则将对医院予以重罚，直至取消其定点资格。到目前为止，尚未发现冒名顶替住院情况，也未接到有关投诉。

二是把好住院病种关，防止基金流失。市医疗保险经办机

构严格执行《株洲市基本医疗保险住院病种目录》，并要求定点医院把住初审关，确保基金使用得当不流失。通过稽查，到目前为止，共有31例医保住院病人，不属医保经办机构支付医疗费用范围，防止了基金不应有的流失。如2005年2月27日，自来水公司女职工张某，在去公司上零点班时不慎跌倒，当即感到腹部、右胸及右肩疼痛，家人将其抱回家后出现呕吐，随即送湘东医院门诊就诊，门诊以“腹部外伤”收住医院，入院后次日行上腹部CT检查，确诊为肝挫裂伤、腹部闭合性损伤。这是一起明显的工伤事故，而该单位也没有开展工伤保险，医保经办机构随即做出不予报销医保费用的处理决定。

三是把好“三大目录”执行关，严防基金浪费。对定点医院“三大目录”的执行情况，市医保经办机构采取定期或不定期的形式进行重点稽查，两名专职医审人员，每天都要深入医院检查一次。稽查内容主要是有无小病大养、挂床住院；是否落实一日清单制度情况；医生用药是否遵循安全、经济、有效原则，病人出院带药是否超标；医生是否把好特检、特治和转诊转院初审关。稽查方式除采取直接询问病人或家属、实地查看、检查在架病历、调阅归档病历外，还充分利用网络系统对住院病人医疗费用进行适时、动态监控，严格审核。三年多来共稽查5000多人次，共拒付不合理费用45万元。2005年4月，在对中医院进行一次突击稽查时，查出不合理费用（包括药品使用不合理、诊断、检查无医嘱记录等）4万多元，当即对此予以拒付。此外，今年还组织市医保局、财政局和卫生局等部门，每月对各定点医院进行一次集中审核，保障了医保基金合理、正常支出。

2、坚持“三个到位”，加强对定点药店的管理。对医保定点药店

的管理，我市推出了绿牌准入、黄牌约束、红牌退出的管理机制，从审批、管理、考核等方面实行全方位审查监督，收到了比较好的效果。一是坚持审批到位，严格实行准入制度。在充分考虑合理布局、服务质量、服务水平等因素和进行总量控制的基础上，实行严格的市场竞争准入制度，由市医保经办机构会同财政、工商、卫生、药监、物价、质监等部门进行综合审查，确定定点单位。同时放开了定点药店的竞争门槛，让民营平价药店跻身定点范围，目前，我市24家获得定点药店资质的单位有民营药店22家。民营平价药店的参与，既降低了药价，节约了医保基金，也减轻了参保患者的负担，还有效打击了医药行业的不正之风。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)