

“医”路同行护民生

——区医保局2025年工作回眸

2025年,区医保局围绕全区“1343”总体思路,锚定“高质量建设渝东生态新城”总定位,锚定“稳进增效、改革创新、除险固安、强企富民”工作导向,聚焦“待遇保障公平适度、基金运行稳健持续、管理服务优化便捷”三大核心目标,以“三医协同发展和治理”为关键抓手,系统谋划、精准发力,全面推动医疗保障事业高质量发展迈上新台阶。



医保局开展集中带量采购专题培训。



医保大厅综合窗口有序运行。

聚力全民参保

2025年,区医保局创新构建“双医协同、征用同责”参保扩面新机制,通过强化医保、卫健、税务等部门协作与数据共享,精准锁定未参保人群,推动参保工作提质增效;同时以“线上+线下”多维宣传扩大覆盖面,全年累计发送参保提醒短信120万条,开展宣讲咨询30余场,发放宣传资料9万份,营造全民参保浓厚氛围。截至2025年,全区基本医疗保险参保人数达57.2万人,集中参保期内参保率稳定在95%以上,完成筹资1.95亿元;针对5.44万名城乡低收入人口落实参保资助1088万元,农村低收入人口和脱贫人口参保率达99%以上,超额完成市级目标,为群众健康撑起坚实保障伞。

夯实三重保障

2025年,区医保局严格落实基本医保、大病保险、医疗救助三重保障制度,持续健全重特大疾病医疗救助体系,通过强化基金统筹管理与动态监测,切实减轻群众就医负担。全年职工基本医疗保险基金收入5.8亿元,城乡居民基本医疗保险基金收入5.9亿元,城乡医疗救助基金收入2508万元;职工医保累计为220万人次兑现待遇4.2亿元,居民医保为320万人次兑现待遇5.3亿元,职工和居民住院政策范围内报销比例分别稳定在85%、70%左右;医疗救助累计报销21.44万人次,支出金额2554.71万元,同时依托“救助一件事”平台动态监测因病致贫返贫风险,精准推送医疗费用预警信息4378条,构建起“保基本、兜底线、防返贫”的多层次医疗保障网。

强化长护保障

2025年,区医保局持续优化长期护理保险制度,聚焦解决失能人员基本护理保障需求,优先保障符合条件的失能老年人、重度残疾人。目前,保障范围已扩大至所有职工医保参保人,受益面扩大至中度失能群体。全区设立3家失能评估机构、7家定点护理服务机构,实

现市级范围内“全城通办”,申请人员可就近办理评估与待遇申领;全年征缴长期护理保险基金1344.97万元,接收有效申请1216人次,拨付基金1230.44万元。长护险待遇享受惠及1267人,累计减轻失能人员家庭经济负担1195.7万元。

织密基金监管网

2025年,区医保局以“高位统筹+全链发力+多维协同”为路径,通过专项整治、第三方审计、全覆盖检查及自查自纠等组合举措,构建起源头管控、信用评价、数字监管“三位一体”基金监管新机制:严格协议管理优化定点医药机构布局,建立信用指标体系实施精准分级分类监管,推行从业人员“驾照式记分”实现责任到人,运用药品耗材追溯码技术阻断“回流药”流通链条,并联合公安、卫健等部门开展专项行动、建立数据共享机制,推动监管效能全面提升。2025年,全区定点医药机构缩减至379家,查处定点医药机构77家,追罚资金1665.42万元(其中智能追回资金843.63万元,处罚款和违约金309.45万元,智能拒付11.13万元,自查自纠退回501.21万元),记分定点医药机构46家74人256分,约谈教育74人,公开曝光典型案件59例,发放举报投诉奖励2件1000元,推动医保基金监管从“被动查”向“主动防”、从“治已病”向“治未病”转变。

深化支付改革

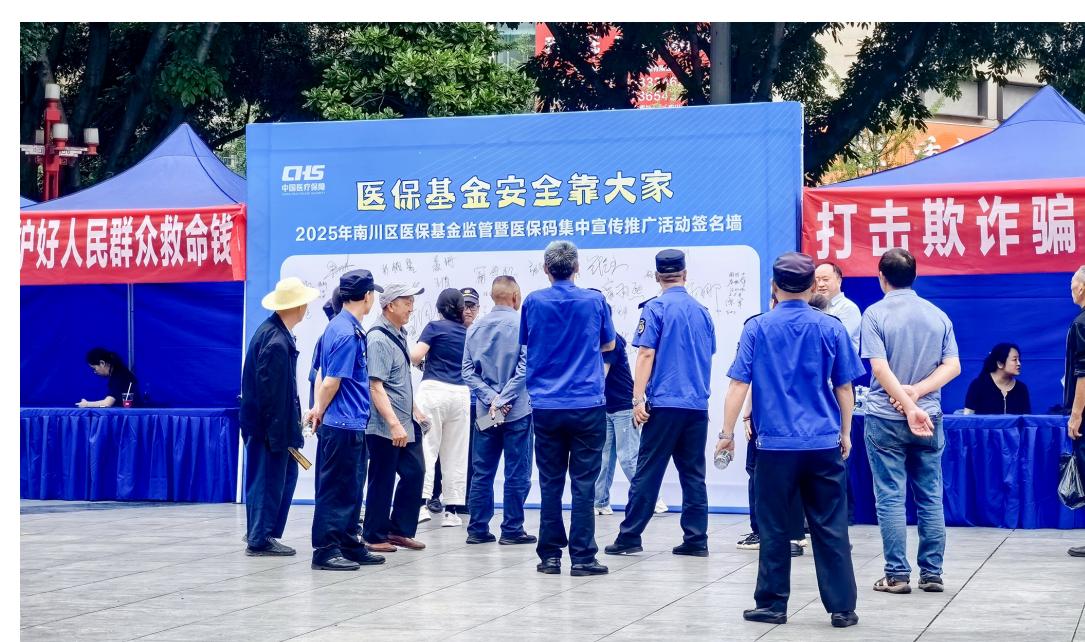
2025年,区医保局全面贯彻落实DRG分组目录及中医优势病种支付政策,稳步推进符合条件的医疗机构纳入DRG实际付费范围,构建“总额预算下以DRG付费为主体,项目付费、床日付费等多元复合”的支付新格局。2025年全区56家开展住院服务的医保定点医疗机构100%纳入DRG实际付费。通过持续强化分级诊疗控费,压实定点医药机构费用管理主体责任,规范医疗机构诊疗行为,强化绩效管理、付费审核,确保医保基金安全高效运行,推动医疗资源合理配置与医疗服务质效双提升。

集采扩面提质

2025年,区医保局持续深化药品耗材集中带量采购改革,通过强化执行落地、动态监测使用、优化结算机制等举措,推动集采政策红利全面释放。全区累计落地执行国家及省际联盟24批药品、39批医用耗材集采,覆盖962种药品和42类耗材,其中集采药品平均降幅超50%,心脏支架、人工关节等高值耗材平均降幅超70%,累计为群众节省医疗费用5亿元;同步加强集采中选药品使用监测,兑现5个批次国家组织药品带量采购结余留用考核资金205万元,惠及38家定点医疗机构,有效激发医疗机构参与集采积极性;完成24批36次带量采购预付金拨付2120万元,覆盖38家公立医疗机构;开展国家组织带量采购药耗医保基金直接结算2个月,累计与企业直接结算货款金额达419.98万元,货款支付周期大幅缩短,资金周转效率显著提升,切实减轻企业负担,构建起“降价惠民、保质稳供、多方共赢”的医药集采新生态。

夯实基层服务

2025年,区医保局持续深化医保领域“放管服”改革,以“就近办、便捷办、智慧办”为目标,全面推进医保服务下沉延伸,在完善12个基层医保服务站设施的基础上,新增2个银行医保服务站,用好“基层服务平台”作用,将参保登记、异地就医备案等15项业务权限延伸至34个镇街、244个村社,构建起“15分钟医保服务圈”,切实打通服务“最后一公里”;同步落实“一窗综办”标准化流程,为参保群众、定点机构及医药企业提供高效服务。智慧医保建设方面,实现参保缴费等20余项信息线上可查,异地就医备案支持线上线下多渠道办理,为医疗机构配备智能终端194台,推动就医结算从“刷卡”“扫码”向“刷脸”升级;推行异地备案“即申即享”,药品耗材追溯码全流程采集,大力推广医保码应用,全区医保码激活人数54.7万人、激活率96.27%,累计结算47万笔、结算率42.76%,以数字化赋能医保服务提质增效,让群众享便利、得实惠。



开展医保基金安全宣传活动。

下一步工作打算

2026年,区医保局将围绕医保高质量发展目标,以六大重点任务为抓手,全面推进医保领域改革创新,织密织牢民生保障网,为群众健康福祉注入新动能。

聚焦“全民参保一件事”,严格落实《重庆市健全基本医疗保险参保长效机制实施方案》,通过动态监测、精准动员,确保居民医保参保率稳定在95%以上,困难群众参保率达99%以上,持续巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接。同时,建立高额医疗费用预警机制,及时推送风险信息,防范因病返贫致贫,筑牢基本医疗保障防线。

进一步完善涵盖不同失能类型、更具科学性与可操作性的等级评估标准,推动评估结果更客观公正;引导和培育更多元化的长护服务

机构,培育“医、养、康、护”融合的服务机构,优化服务供给;强化对评估、护理机构及从业人员的全链条监管,构建“覆盖全民、权责清晰、服务便捷”的长期护理保障体系,从“建制度”向“优服务、强监管”深化。

通过“按月监测、季度通报、年度考核”机制,督促医疗机构规范采购集采品种,重点提升高值医用耗材网采率。2026年将推动药店价格监测从“有形覆盖”向“有效预警”升级,构建事前、事中、事后全流程监管体系,确保药品价格透明、供应稳定,切实减轻群众用药负担。

推进血液透析和康复理疗全场景应用,升级智慧医保监控系统。同时加强行纪、行刑、行医衔接,推动线索移送、案件协查、联合惩戒“全链条”

发力,织密扎牢基金监管制度笼子,强化跨行业、跨领域、跨部门综合监管合力,推进智能监管常态化,守好群众“看病钱”“救命钱”。

持续推广“医保码”应用,完善基层便民服务终端及刷脸设备,提升服务便捷性;推进药品追溯码采集与系统改造,夯实数据基础;落实“数字重庆”建设任务,加强数据安全与网络监管,构建安全、高效的智慧医保生态。

坚持党建引领医保改革,通过岗位练兵提升队伍素质,推进清廉医保建设,营造风清气正的政治生态。聚焦企业和群众需求,拓展医保帮办服务,在医药机构、园区、银行设立服务站;推进医保事项线上线下通办,优化支付方式改革,以数智赋能满足群众新期待。