

# 全椒县医保局： 践行医保初心 书写民生答卷



张慧 记者 徐越蕾 胡昊

持续推进全民参保计划，参保人员的保障水平不断提高；加强医保基金监管，管好用好群众“救命钱”；坚持“一改两为”，用心用情办好医保实事，努力打造群众满意的全椒医保服务品牌……

医疗保障是事关人民群众健康福祉的重大民生工程。今年上半年，全椒县医保局交上了一份令人惊喜的成绩单。一张医疗保障安全网正在织密筑牢，一幅医保发展的新图景已徐徐展开。



## A 全民医保“迈前一步” 群众就医有“医靠”

深入实施全民参保计划，积极推进各险种参保扩面，既有力保障了群众权益，又实现了社保基金持续增长。截至7月，全椒县基本医保参保人数39.89万人，其中城乡居民医保34.09万人，职工医保5.92万人，全县常住人口数39.56万人，基本医疗参保率达101.14%。

通过基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重制度保障，梯次减轻参保人员医疗费用负担，在县域内就诊发生的政策范围内住院费用支付比例稳定在70%左右。截至7月底，普通门诊政策范围内费用报销比例达59.04%，政策范围内住院费用报销比例70.12%。

按照医疗救助“876”标准，对特困人员、低保对象、返贫致贫人口、监测人口等的个人自付合规医疗费用按规定给予救助。执行市统一政策，将重点救助对象的住院、门诊慢特病、透析等符合规定的医疗费，全部由网络结算系统实行“一站式”结算。截至7月底，全县医疗救助“一站式”结算30948人次，医疗救助基金支付1179万元。

“辛辛苦苦奔小康，得场大病全泡汤”，曾是不少中低收入群体面临大病时的真实写照。为便于提前介入并有效化解农村低收入人口面临的大病医疗风险，全椒县建立健全预警机制，县医保经办机构每季度将基本医保、大病保险、医疗救助等报销后个人自付费用超过10000元的人员信息，推送给乡村振兴局，对确实存在返贫风险的向民政、医保部门等申请相应救助。

## B 基金监管“三管齐下” 牢牢守护“救命钱”

医保基金是人民群众的“看病钱”。保证医保基金合理安全使用，就是守好了百姓的“救命钱”。“县医保局始终坚持把打击欺诈骗保，维护基金安全作为首要政治任务，‘三管齐下’推动监管走深走实。”全椒县医保局相关负责人表示。

在常态监管方面，全椒县医保局深入开展日常监督检查“不留死角”，健全完善每年一次全覆盖监督检查，联合卫健、市场监督管理部门开展打击欺诈骗保专项治理“精准打击”。今年以来，解除1家零售药店医保协议、暂停5家零售药店医保结算1个月、暂停1家社区卫生服务站医保结算1个月。

在专业监管方面，积极组建全椒县医保基金监管中心，全面开展基金监管岗位全员培训，着力打造职业化、专业化、精细化的监管队伍。

在综合监管方面，开展住院报销单据复核，对县域医共体牵头医院第一季度办理的患者带回住院报销单据开展复核，按5%比例抽查90份，追缴违规医保报销费用6000余元；开展一季度病历评审，按5%比例抽取县内定点医疗机构第一季度住院506份，请第三方就住院指征、DRG诊断规范性和诊疗收费情况进行评审，初步审核发现违规费用16万余元，目前正在按相关处罚程序进行处罚。



## C 行风建设“刀刃向内” 优化服务不打烊

“大妈，您坐着，不着急，等号到您了，我去帮您代办！”在全椒县医保大厅，工作人员许向玲对来结账的襄河镇居民郭大妈细语叮嘱，解了年老的郭大妈燃眉之急。

这是全椒县医保局践行“一改两为”要求，持续深化医保系统行风建设，在医保大厅推出针对老年人、伤残人士、孕妇等特殊人群代办服务，开通绿色通道，为群众办实事的一个缩影。

今年以来，全椒县医保局坚持以人民为中心的发展思想，健全经办管理服务体系，持续推进系统行风建设，推动工作理念、制度、作风全方位深层次变革，全面提升医疗保障综合服务水平，不断提升人民群众的获得感、幸福感、安全感。

上半年，制定为民办事11项清单，围绕优化行风建设，打通信访渠道。在全县18家一二级医疗机构和10个镇、94个村推进标准化窗口创建，优化场所设置，配齐基础设施，做到有场地、有人员、有设备、有服务。

群众的需求在哪里，医保的服务就延伸到哪里。全椒县医保局充分利用114名医保“两员”队伍，将经办服务延伸到各镇、村，实现镇村全覆盖。真正把业务窗口搬到服务群众的第一线，做到“能放必放、应放尽放”，真正让“小事不出村、大事不出镇”成为常态。

## D 慢性病管理智能化 提升患者获得感

利用大数据智慧手段，强化慢性病监管，全椒县医保局在滁州市率先开展门诊慢性病智能监控工作，得到了许多专家和居民的关注和点赞。

数据显示，全椒县慢性病人口每年以近0.4万人次递增；同时在医保日常监管中，发现慢性病诊疗过程中超量开药、不合理用药、超范围用药、超范围检查检验等违规现象屡禁不止。为维护群众利益，全椒县医保局开展慢性病智能监控平台建设，以解决监管工作中工作量大、发现难和处理难的问题。

今年4月，县医保局启动慢性病智能监控工作，7月1日正式运行，平台覆盖全县所有有慢性病诊疗资质的17家县镇医疗机构。目前县内医疗机构慢性病诊疗数据已实现互联互通，对慢性病诊疗过程中存在的违规诊疗行为实现到患者个人的精准管控，针对日常监管中发现的重点难点问题实时监控，一是监控超量开药，二是监控目录外用药，三是监控医务人员违规用药，四是监控过度检查检验。

通过一个月的形式运行，在慢性病人口略有增长、就诊人次和实际报销比例保持平稳的情况下，全县2022年7月慢性病医疗总费用、医保基金支出和次均医疗费用较去年同期相比均呈现稳中有降良好趋势，参保群众得到实惠。下一步，将扩大监控人群，把城镇职工慢性病患者纳入平台监控；扩大监控范围，实现慢性病患者就医行为县内县外全覆盖监控。

