



新邵县开展医保业务培训。



新邵县医保局工作人员询问医生用药情况。

“以前总觉得医保是‘闲时交钱、急时没用’。直到2023年我老伴住院花了12万元,医保报销8万多元,才明白这真是咱老百姓的‘救命钱’!”10月16日,新邵县潭府乡村民刘文攥着泛黄的缴费凭证和报销单据,话语里满是感慨。

从“要我参保”到“我要参保”的观念转变,从“异地跑腿报销”到“刷卡直接结算”的服务升级,从“基金监管粗放”到“全链条精准防控”的治理飞跃,“十四五”期间,新邵县医疗保障局始终以人民健康为中心,在医保征缴、基金监管、惠民服务等领域深耕细作,用改革的力度托举民生的温度,为全县83万群众织密织牢了医疗保障安全网。



新邵县召开2025年全县医疗保障工作会议,高位推动工作落实。

改革夯实“医”靠 服务直达心坎

——新邵县医疗保障局“十四五”发展纪实

谭 宇

织密全民参保网 筑牢民生保障线

“以前缴费要跑到镇里的银行,排队就得大半天。现在在家用手机微信就能交,太方便了!”新邵县寸石镇居民王先生的体验,正是该县参保服务升级的缩影。

“十四五”期间,新邵县持续深化“放管服”改革,让参保缴费从“繁琐事”变成“省心活”。线上,打通税务、银行、医保等部门数据接口,开通微信小程序、“湘税社保”App、手机银行等线上缴费渠道,实现“一键查询、一键缴费、一键查询缴费记录”全流程线上办理。线下,依托乡镇政务服务中心、村(社区)党群服务中心设立缴费代办点,为老年人、残疾人等特殊群体提供“上门帮办”服务。同时,在县医保服务大厅设立“参保咨询专窗”,推行“一窗受理、集成服务”,将参保登记、信息变更等业务的办理时限从3个工作日压缩至即时办结。

“要不是政府帮我缴了医保,这病我真没钱治。”新邵县巨口铺镇低保户陈刚因患尿毒症需长期透析,每年医疗费用高达8万余元,全额资助参保政策让他卸下了沉重的经济负担。“十四五”期间,新邵县聚焦困难群体,建立“精准识别、分类资助、动态管理”帮扶机制,确保医保政策不漏一户、不落一人。

新邵县医保局通过与

民政、农业农村、残联等部门建立数据共享平台,每月开展困难群体信息比对更新,精准识别低保对象、特困人员、防返贫监测对象等6类特殊群体,建立“一人一档”参保台账。根据群体类别实施差异化资助政策:对特困人员、重度残疾人实行全额资助;对低保对象、防返贫监测对象给予定额资助。近年来,累计资助参保资金达1.32亿元,资助参保32.9万人次。同时,建立“参保提醒、缴费代办、待遇跟踪”全链条服务机制,由乡镇干部、村干部一对一协助困难群众办理参保手续,确保特殊群体100%纳入保障范围。

针对农村地区宣传覆盖难、老年群体政策理解难等问题,新邵县构建起“线上+线下”立体化宣传矩阵,让医保政策真正走进千家万户。线上,该县医保局制作医保政策系列短视频10余期,用方言解读、动画演示等群众喜闻乐见的形式,讲解参保流程、待遇标准等关键内容,在新邵融媒体中心、微信视频号等平台累计播放量超3万次。线下,组建由医保干部、村医、志愿者组成的“百人宣传队”,深入15个乡镇、413个村(社区)开展“医保政策进万家”活动,通过“板凳会”“田间课堂”等形式面对面答疑,发放宣传手册20余万份。



新邵县医疗保障事务中心服务大厅工作人员为群众办理业务。

守好群众“保命钱” 构建基金安全网

医保基金是群众的“救命钱”“保命钱”,每一分都不能乱花。“十四五”期间,新邵县医保局以“零容忍”态度打击欺诈骗保行为,构建起“智能预警、全域检查、从严惩处”的监管体系,守住了基金安全底线。五年来,该县累计追回违规医保资金2.1亿元,查处违规医药机构186家,基金监管工作连续三年在全市考核中位居前列。

“通过智能审核系统,我们能在几分钟内筛查出重复收费等违规线索,监管效率提升了数倍。”在新邵县医保智能监控中心,工作人员指着屏幕上跳动的数据介绍道。针对医保基金监管对象多、数据量大、违规手段隐蔽等难题,该县推进“智慧医保”体系建设,用科技手段为基金监管装上“千里眼”“顺风耳”。

“智慧医保”是集数据监测、智能审核、风险预警于一体的医保智能监管系统。该系统可以对定点医药机构诊疗行为进行全流程动态监控,自动识别超标准收费、挂床住院、虚构医疗服务等违规行为并发出预警。2025年1月至8月,该县通过智能审核系统审核拒付违规费用16.21万元,发现并处理疑点数据0.57万条。对于职工门诊统筹、门诊慢特病、“双通道”等重点领域,该县组建专项核查小组,对智能系统筛查出的疑点数据逐笔

核对、反复甄别。在2025年2月开展的专项核查行动中,该县仅用15天就成功追回违规资金16.9万元,彰显了智能监管的强大威力。

“现在医保局检查越来越严,进销存账目必须一笔一账对应,违规成本太高了,谁敢再动歪心思?”新邵县城某连锁药店负责人坦言。“十四五”期间,该县打破“阶段性检查”模式,建立“日常巡查+专项检查+飞行检查”常态化监管机制,实现定点医药机构检查全覆盖。同时,聘请20名人大代表、政协委员、群众代表担任社会监督员,形成“专业监管+社会监督”的共治格局。

新邵县坚持“查处一案、震慑一片”,建立了“经济处罚+协议处理+信用惩戒”的多元惩戒机制,让欺诈骗保者付出沉重代价。该县严格按照《医疗保障基金使用监督管理条例》,对查实的违规行为依法追回违规资金,并视情节轻重给予1至5倍罚款。五年来,该县通过定点医药机构费用抽审拒付违规费用2.3亿元,罚款金额达4800万元。在协议管理方面,建立定点医药机构动态考核机制,对违规机构采取中止协议、解除协议、暂停医保业务等处理措施。2021年至2025年,共中止零售药店医保协议55家,解除定点零售药店协议50家,暂停15家医疗机构业务科室医保业务。

针对严重违规的医药机构和个人,该县推行联合惩戒机制。将医保违规行为纳入信用评价体系,与医药机构评优评先、医保支付额度挂钩;对涉及违法犯罪的,及时移交司法机关处理;对违规医师,将违纪线索移交纪检监察机关,并与职称评审、执业资格注册挂钩。

通过一系列强有力的监管举措,新邵县医保基金运行更加平稳高效,2024年底该县医保基金结余达5.2亿元,保障能力持续增强。

深化服务暖民心 提升群众获得感

“以前异地住院报销要带一大堆单据跑断腿。现在在湖北住院直接刷卡结算,太省心了!”新邵居民周礼因阑尾炎在湖北就医,出院时直接用医保卡结算了医疗费用,这让他真切感受到了医保服务的便利。

“十四五”期间,新邵县以群众需求为导向,在待遇保障、经办服务、改革创新等方面持续发力,让医保惠民政策真正落地生根,群众就医获得感、幸福感显著提升。

该县不断优化医保待遇政策,构建起“基本医保+大病保险+医疗救助”三重保障体系,待遇保障水平逐年提升。在门诊保障方面,组织评审专家对全县职工和居民慢特病患者进行待遇复审,共审核9933人,其中6090人通过复审并享受相应待遇,3843名不符合条件人员被精准清退,确保慢特病待遇精准发放。在住院保障方面,提高报销比例和封顶线,城乡居民医保住院政策范围内报销比例从60%提高至65%,封顶线从15万元提高至20万元;职工医保住院政策范围内报销比例稳定在85%以上,封顶线提高至30万元。同时,全面落实大病保险政策,对参保患者经基本医保报销后个人自付超过起付线的费用,按比例给予二次报销,起付线从1.5万元降至1万元。在医疗救助方面,建立“分类救助、精准施策”机制,对特困人员、低保对象等困难群体,在起付线降低50%、报销比例提高10%的基础上,实施住院医疗救助,年度救助限额最高达8万元。五年累计实施医疗救助43.8万人次,救助金额达3.8亿元,有效防范了因病返贫、因病致贫。

该县紧跟全市医保经办服务改革步伐,推行“一窗办、视频办、门口办”等服务模式,让群众办事更便捷、更高效。在县医保服务大厅设立多个窗口,实现参保登记、待遇报销等医保业务“一窗受理、集成办理”,并配备医保自助服务一体机。同时,推动医保服务下沉,在15个乡镇(街道)政务服务中心设立医保服务站,在423个村(社区)设立医保服务点,配备专(兼)职医保联络员,将参保登记等10项高频业务延伸至“家门口”。此外,全县所有村(社区)卫生室均开通医保门诊服务,参保群众真正实现“小病不出村、报销在家门”。

“医共体建设后,我在镇卫生院就能享受到县医院专家的诊疗服务,费用还比以前低了不少。”新邵县坪上镇居民李娟因冠心病需定期诊疗,县域医共体建设让她在家门口就享受到了优质医疗服务。“十四五”期间,新邵县以紧密型县域医共体建设为抓手,深化“三医联动”改革,推动医疗资源下沉、医保基金效能提升。

作为全省紧密型县域医共体试点县,新邵县将区域内城乡居民基本医保、职工医保、大病保险等基金打包给医共体总医院,建立“总额包干、结余留用、超支合理分担”的激励约束机制,倒逼医疗机构主动控费、优化服务。同时,在25家医疗机构推广医保DIP支付方式改革,引导医疗机构规范诊疗行为、降低医疗成本。此外,大力推进中医药服务纳入医保,建设“旗舰中医馆”“中医阁”并覆盖全县所有乡镇卫生院和社区卫生服务中心,将针灸等20项中医药服务纳入医保报销范围,报销比例达70%,让群众享受到便捷、实惠的中医药服务。

站在新起点,新邵县医保局党委书记、局长孙爱华表示,该局将深入落实“三医联动、六医协同”集成改革要求,持续推进参保扩面、强化基金监管、优化惠民服务,以更有力的举措、更优质的服务、更坚实的保障,书写医疗保障事业高质量发展新篇章,让医保的阳光照亮每一个家庭,温暖每一位群众。



▲新邵县医保局开展医保政策集中宣传活动。