

全国医疗保障经办精细化管理服务 典型案例获奖作品汇编

国家医疗保障局医疗保障事业管理中心
《中国医疗保险》杂志社

目 录

一等奖

成都市医保协议管理：合理设置红绿灯 把住服务三关口 推进治理现代化..... 1

二等奖

健康路上 向阳花开——扬中市“向日葵”医保服务品牌的时代实践 7

广州市全面实施基于大数据按病种分值付费工作取得良好成效..... 12

把医保服务窗口搬到群众家门口 17

三等奖

邯郸市慢特病医保能效管理..... 23

厦门首创新生儿医保参保报销“秒批”服务 30

江西抚州智慧医保服务建设成效初显..... 35

武汉市疫情期间“互联网+就医购药”医保经办工作纪实..... 39

放飞“快乐心情”，彰显优质服务 43

天地之大，黎元为先..... 49

金华市优化大病保险经办服务 大幅提高参保群众看病报销获得感..... 54

从九个维度打造首都医保经办治理新格局 60

精细化管理推动精准资助让困难群体应保尽保..... 67

小系统 大便利..... 72

优秀奖

南京市医保智能监控系统建设情况..... 76

打造异地就医优质服务现代化样板城市 82

无锡市稳步推进 DRG 付费改革国家试点 助力医保患三方共赢 88

以标准为引领，以群众满意为中心，打造“阳光医保 246”服务品牌	94
医保小窗口 服务大舞台	100
以标准化管理促精细化经办 打造便捷高效长护险管理服务模式	106
盘活“小支部”创造“大作为”——全力打造医保“订单式”服务新模式	112
宜宾市江安县医保局“三多”促“三全”，扎实推动“两病”认定清零行动	119
深圳市全力推进医疗保障政务服务改革，全面做实“就近办、网上办、自助办”先行示范	124
向改革要红利 向服务要满意 记阳泉市“互联网 + 医保门诊大额疾病线上服务”试点工作	130
畅通便民高速路 创新服务惠民生	138
大数据推进医保经办精细化管理	143
随州市治理“痛点” 疏通“堵点”——打通医保扶贫服务“最后一公里”	148
精简备案材料 优化备案流程 全面实现“零跑腿、不见面”异地就医网上备案	152
落实“最初一公里”打通“最后一公里”让医疗保障服务浸润民心	157
互联网+医保，为群众提供方便快捷安全高效的服务	163
汕尾市以信息化建设为突破口 全力打造“五新”医保	168
广元市医保局 强基层 提服务 全面激活基层医保经办细胞	174
聚焦堵点，创新举措，株洲市全面打通“两病”门诊用药“最后一公里”	180
建立医保医师制度 助力医保精确管理	184
亳州市开启医保智慧监管模式维护群众救命钱	190
实行慢病“六办理” 提供医保“心服务”	193
衢州市慢病“门诊掌上通”——慢性病门诊支付结算智能化应用	199
优化医保治理 推动医保服务提质增效	205

坚持问题导向，聚集资源整合，着力构建三级联动考核机制.....	208
群众得红利 经办能减负 广西壮族自治区内基本医疗保险关系转移接续业务实现全流程增质提效.....	212
监管方式创新和探索.....	215
昌吉州医保局继续打造优质服务 扎实推进医保经办管理服务精细化.....	219
旧时天价救命药，飞入寻常患者家.....	223
围绕大局优服务，精雕细琢惠百姓.....	227

成都市医保协议管理：合理设置红绿灯 把住服务三关口 推进治理现代化

四川省成都市医疗保障局

2016年以来，成都市按照国务院和四川省政府深入推进“放管服”改革、优化医保管理服务、落实部门监管责任的总体要求，坚持“先行先试、革旧立新、宽进严管、逐步实现”的工作思路，不断优化医疗保障服务管理路径，以医保协议管理为抓手，紧紧围绕协议管理准入、履约、退出三道关口，积极探索定点医药机构协议精细化管理机制，助推医保治理体系和治理能力现代化。

一、西部地区重要的中心城市定位，医保经办服务呈现“三多一少”

成都是四川省省会，也是全国15个副省级城市之一。截至2020年6月，全市基本医疗保险参保人数1778.35万人，定点医药机构1.46万家，2020年1至6月基本医疗保险基金收入199.74亿元、支出120.86亿元。全市医保经办机构共24个(含1个市本级经办机构和23个区(市)县经办机构)，医保经办人员890人。医保经办服务面临参保人数多、定点医药机构多、基金规模大、经办服务人员少，“三多一少”的格局对医保协议精细化管理和服务能力提升提出更高挑战。

二、创新医保协议管理，畅通“入口关”、强化“履约关”、严把“出口关”

（一）设置评估申请“绿灯”，畅通“入口关”。

按照“简化程序、宽进严管、方便办理”的工作思路，全面取消定点医药机构资格行政审查，通过健全管理制度、优化经办规程、量化管理指标、实施多方评估等方式，快速实现定点医药机构的资格审查向协议管理无缝对接。

1.设置专业化的评估量化指标，放宽准入门槛。制定了涵盖基础管理、服务能力、信息建设三类、25项指标、100分值的现场评估量表。评分在60分（含）以上的医药机构，均可纳入协商签约范围。

2.建立多方参与的评估团队，确保准入的公平性。组织医保管理、信息技术、医疗质控等多方专家，并邀请人大代表、政协委员、参保人员等社会监督代表，共同开展评估，做到公开公平。

3.规范办理流程，提升经办服务效能。严格执行申请受理、组织评估、协商签约、公布结果的办理程序，对评估工作实施标准化管理，经办服务效能进一步提升。

（二）设置协议服务“黄灯”，强化“履约关”。

1.搭建规范的协议文本构架，实现动态管理。在总结历年管理经验和借鉴先进地区做法的基础上，梳理协议内容，遴选管理指标，将行政监管内容全面融入协议文本，反复征求定点医药机构代表、医保行政部门、法律专业人士等多方修改意见，形成“3+1+N”协议文本构架（3类医药机构，1个

主协议，N个补充协议），并实现动态更新。

2.实施属地与分级相结合，强化分类管理。按照“谁主管、谁监管，谁签协议、谁监管”的原则，加强落实区（市）县监管责任、层层传递监管压力。将定点医药机构划分为医院类、门诊诊所类、零售药店三类，实行分类管理。同时，根据医保政策规定和医疗服务能力不同，将医保服务细分为住院、门诊特殊疾病、门诊统筹、大病医疗互助补充、中医诊疗服务等18个类别进行管理，细化协议内容。

3.探索多方参与，推进共治共管。横向层面，市医疗保障局联合市纪委监委、公安、检察院、法院、卫生健康、市场监管等11个部门，建立成都市打击欺诈骗保联席会议制度，扎实推进医保基金监管案例分析会议，合力谋划基金监管共建共治共享新格局。纵向层面，深入推进省、市、县三级医保监管联动，实行监管双向委托、处理结果互认和同步执行。

4.创新监管方法，提升监管能力。通过升级整改医保智能监管系统、医保智能审核系统，推进药品进销存管理、第三方专项审计、第三方专家评审等具有成都特色的监管方法，不断提升监管能力，努力保持监管优势。

（三）设置违规处理“红灯”，严把“出口关”。

1.量化违规责任，实行层级和梯度管理。采取定性定量划分违约行为、分级分型制定违约责任，规范协议处理程序、控制自由裁量权，有效防范管理风险。2019年成都市定点医药机构协议对违约责任由轻到重，明确为约谈、限期整改、暂停支付、拒付费用、要求支付违约金、中止协议、解除协

议等七个层级。同时，将中止协议量化为中止协议 1 个月、2 个月、4 个月、6 个月四个梯度进行管理。2020 年 1 至 9 月，全市查处违规医药机构 2785 家次，中止协议 186 家次，解除协议 18 家，查处违规金额及要求违规定点医疗机构支付违约金 3022 万元，有力打击了各类欺诈骗保行为，持续巩固了基金监管高压态势。

2.建立定点医药机构退出管理机制，严控履约行为。将国家医疗保障局规定的 13 种解除协议情形全部纳入管理，解除协议的情形增加至 53 种，设置 53 条“红线”，对医疗机构形成震慑，严格控制医疗机构履约协议的行为。

3.建立医保医师退出管理机制，实现违约记分。成都市建立医保医师基础信息库，制定医保医师服务准则，加强对医保医师医疗服务行为监管，对医保医师违规行为实行医疗保险记分管理。根据违约情形，开展对违约医师一次记 1 分、2 分、3 分、4 分、6 分、12 分的六档记分管理。根据违规情形和记分情况，定点医疗机构对违规违约的医保医师给予约谈、责令整改等处理，医疗保险经办机构予以停止医保结算资格、注销医保医师备案信息等处理措施。

三、“三全”治理体系基本形成，现代治理水平提升

（一）构建全量数据场景，“三全”治理体系基本形成。

初步建立健全了医保监管全生命周期、全社会参与、全智能治理的“三全”工作体系。打破数据来源单一、滞后的坚冰，协议管理覆盖职工医保、居民医保、生育保险、长照险、医疗救助和异地就医，实现了医保管理由人工监管向智能监

管，事后审查向事前预防、事中监控、事后追责，自体监督向自体 and 异体监督相结合的转变。

（二）畅通定点准入渠道，便民服务更加快捷。

对依法设立各类医药机构，不分公立民营，不分规模大小，只要医保基础管理、信息系统建设、医疗服务能力三要素达到定点条件，均可自愿申请纳入医保定点。将医药机构申请医保定点协议管理、基础信息变更、申请暂停（终止）协议管理等 6 项医保业务，纳入四川政务服务网统一管理，实现让数据多跑路、群众少跑路，推动医保业务网上经办、掌上经办。目前成都市共有定点医疗机构 4725 家，定点零售药店 9836 家，数量位列全国副省级城市首位，对丰富医疗资源起到积极促进作用，极大方便参保群众就医购药，进一步优化成都市营商环境。

（三）细化医保服务协议管理，医保生态环境更加净化。

简化定点申请、受理、评估、协商、签约等协议管理重要节点，借助取消定点医药机构资格行政审查契机，扎实推进存量医药机构基础信息管理、信息系统建设、财务与购销存管理，向前、后两端延伸协议管理范围，强化全程管理理念，建立起协议管理标准化机制，避免医药机构恶性竞争，促进医药机构不断提升服务质量，打造公平的市场竞争环境。

（四）依托信息化管理，医保现代治理水平显著提升。

依托在线监管系统技术支撑，创新医保监管方式，大力推进日常巡查、专项检查、大数据分析定向检查、举报投诉稽查、部门联合检查、社会监督检查、第三方专项审计和省

市医保联动监管，构建多维度协议监管体系，提高医保监管水平，实现了协议管理由注重结算向注重监管的转变，推进医保和医药服务高质量协同发展。

健康路上 向阳花开

——扬中市“向日葵”医保服务品牌的时代实践

江苏省扬中市医疗保障局

有这样一群人，他们秉持着“健康扬中”的诺言，凝聚共识、逐梦前行，他们把“向日葵”作为精神图腾，向阳花开、播撒希望。他们就是扬中医保人！

“向日葵”代表着阳光、温暖和希望。它一心向阳，立场坚定，给人以光明和力量；它正直勇敢，健康向上，给人以温暖和希望。扬中市医疗保障局于 2019 年 2 月正式组建。作为新成立部门，扬中医保人匠心独运，将“向日葵”作为医保形象代言人，正是看中了其阳光、温暖、健康和希望的价值内涵，这与医保部门保民生、促健康的精神要义不谋而合。

一、基本情况

围绕“向日葵”服务品牌的打造，扬中市医保局坚持以人民健康为中心，开展了一系列医保服务促民生暖民心活动。2019 年 3 月，率先筹划组建了“向日葵”医保志愿者服务平台，积极招募“向日葵”志愿者队伍，全局志愿注册率达 100%；4 月，在单位内部募集志愿服务基金，征集主题词和形象 LOGO，制作统一的“向日葵”志愿服；5 月，正式下发《关于开展“培育‘向日葵’服务品牌，争做最美医保人”主题教育实践活动的通知》，成立主题教育实践活动领导小组；6 月，召开动员部

署大会，正式开启了“向日葵”服务品牌的创建之路。一年多来，“健康路上·医保同行”、“向日葵伴您一生·医保在行动”等活动如火如荼，医保“向日葵”品牌形象逐步深入人心，阳光、温暖、希望正成为扬中医保人主动作为、优质服务的内生动力。

二、主要做法

（一）强化文化引领，培养干部队伍。

围绕“做一颗健康、向上、饱满的葵花籽”，持续完善学习培训系列制度，全面修炼内功，打造一支“开口能说、提笔能写、问策能对、遇事能办”的医保“向日葵”队伍。开展“理论学习·医保创新月”、“业务练兵·技能提升月”活动，通过“周一我来讲”、业务论坛、技能竞赛等，整体提升理论和业务素养；组织“阅读悦美”、“医保心向党·书香伴成长”、“读红色经典·写励志家书”等读书活动，促进学风、家风和作风融合发展；参加各级各类理论宣讲、主题演讲、知识竞赛活动，精心选拔优秀骨干充分展示医保风采；开展医保政策进村入户到企活动，“向日葵”志愿者们自编自导自演三句半“扬中医保惠万家”、情景剧“诚信医保、法外无情”等，让医保政策“飞入寻常百姓家”。

（二）坚持以民为本，播撒温暖大爱。

扬中市医保局坚持以人民为中心，始终秉持友爱、互助的志愿精神，温暖、仁爱的奉献精神，乐业、善为的敬业精神和团结、向上的团队精神，汇聚人间暖流，花开江洲大地，芬芳各类群体。

医保服务大厅安装叫号机，配备饮水、轮椅、雨伞、针线包、急救药箱等便民设施；将大厅座椅改换成天蓝色，精心选择工作服的颜色和款式，打造“色彩调节心情包”；开设茶吧书吧、母婴室，推出错时服务、智慧服务、帮办服务、导办服务，每一位医保人用文明和热情让服务对象感受到舒适、温暖和便利。

围绕“做一个阳光、温暖、仁爱的向日葵般的志愿者”，集中开展了“向日葵”志愿服务活动。全年依托“向日葵”医保志愿服务平台，面向一线工人、儿童、党员、退役官兵、贫困孤寡老人等各类群体，开展一系列献爱心、送温暖活动。联合乡镇卫生院试点高血压、糖尿病慢病爱心管理；联合扬中麦田开启“麦田·向日葵”儿童关爱基金；女志愿者们自发利用工余时间，为全市 237 名孤寡老人量身编织爱心羊绒衣；持续开展“爱心妈妈”、慈善募捐、义务献血、“一双球鞋的暴走”、“520”夜跑等公益活动……尤其是用好用活“爱心档案”，对患重特大疾病、因病急难型弱势群体，建立医疗救助“爱心档案”，定期对“爱心档案”群体上门走访，实施精准医疗帮扶。截止目前，“爱心档案”累计救助 126 人次，救助金额达 91.46 万元。

（三）谋求创新特色，提升工作标杆。

在“向日葵”服务品牌创建过程中，扬中医保人始终坚持创新精神，把品牌创建延伸到服务群众的前沿一线。

每年年初，自加压力、创新探索，结合工作实践研究制定多项创新课题。其中，有策应“医保公共服务专项治理年”、

“医保基金监管年”这类全省统一布置的工作在我市的具体实践，有新时代、新形势下对医保支付方式改革、“互联网+智慧医保”工程的探索研究，有医保助推“健康扬中”建设、医共同体建设中医保支撑作用这类接地气的研究课题。课题部署下发后，多次召开课题部署会、研讨会、推进会，并选拔优秀骨干集中开展课题调研和撰写。同时，积极推进创新课题的成果转化，一系列便民服务举措正在落地见效：合理布局定点零售药店和私营门诊所，开通基层联网刷卡，打造“15分钟便民购药圈”；深化基层医疗保障四级网络建设，将服务平台延伸到乡镇卫生院、村（社区）卫生室，建设“15分钟医保经办服务圈”；优化异地就医流程，平稳推进异地联网结算，方便参保人外出就医；推行“综合柜员”、“微信公共服务平台”、“网上办”、“掌上办”，让数据多跑路、让群众少跑腿……

三、发展成效

经过一年多的努力，扬中医保“向日葵”品牌价值充分彰显：2019年度荣获了全国巾帼文明岗、江苏省文明单位、镇江市五星先进党支部、扬中市十佳优质服务科室、扬中市先进基层党组织、扬中市优秀学习型党组织等多项荣誉。2020年扬中市政府工作报告中要求所有机关部门提质增效，创造一流营商环境，要放大医保“向日葵”等品牌效应，努力锻造更优质的政务服务；扬中医保工作被镇江确定为推行中发5号文、深化医疗保障改革发展先行先试县（市），“向日葵”服务品牌在全镇江医保系统推广；在2020年五一前的全省医保公共服务体验式暗访中，群众满意度测评全省第一。

健康路上，永无止境。扬中医保人将会把使命记心中、
责任扛肩上，逐梦前行，迎接更美的诗意远方！

广州市全面实施基于大数据按病种 分值付费工作取得良好成效

广东省广州市医疗保险服务中心

一、广州市按病种分值付费基本情况

为更好地保障参保人员权益、规范医疗服务行为、控制医疗费用不合理增长，充分发挥医保在医改中的基础性作用，根据《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55号）文件精神，广州市自2018年以来全面实施基于大数据按病种分值付费（Big Data Diagnosis-Intervention Packet, DIP），科学制定病种分值付费的精细化管理指标，建立“结余留用、合理超支分担”的激励和风险分担机制，开展支付与监管的一体化管理模式，重点围绕政府治理、医保支付、医疗机构管理、资源配置等难题，突破了理念约束、利益约束、制度约束和管理约束，初步构建起广州特色医疗保障治理体系，取得了良好成效。

二、广州市按病种分值付费主要做法

DIP 付费是基于“随机”与“均值”的经济学原理和大数据理论，通过海量病案数据发现疾病与治疗之间的内在规律与关联关系，对数据特征进行提取组合，并将区域内各病种治疗的资源消耗均值与全样本资源消耗均值进行比对，形成病种组合分值，集聚为 DIP 病种组合目录库。具体做法如下：

一是总额预算支持正常增长。综合考虑医保基金收入水

平、参保人员住院就医人数增长率、医疗保健消费价格同比增长率等因素，确定年度住院统筹基金支出增长率和住院支出总额，不对每家医疗机构单独下达总额预算指标。对可能出现的实际费用超额情况，提前建立调节金补偿机制。计算公式：年度基金支出总额=上年度基金实际支出总额×(1+基金支出增长率)+调节金总额，基金支出增长率=(上年度参保人住院就医人数增长率+1)×(本市上年度医疗保健消费价格同比增长率+1)-1。

二是病种赋值确保合理施治。利用大数据优势，从全市医疗机构 2015 至 2017 年近 800 万份住院病例中发掘“疾病诊断+治疗方式”的共性特征，在对疾病第一诊断及主要手术操作、辅助操作自然组合的基础上，按照核心病种入组率在 90%左右的管理目标，筛选病例数多、费用稳定的病种组编入核心病种，2018 年形成 12,005 个核心病种组；对病例数较少的病种组，按疾病编码大类码归为 25 个综合病种；长期住院病种、精神专科和护理机构的住院病例按住院床日累计分值，保障长期住院需求。各病种组三年次均费用与基准病种（分值为 1000 分）次均费用的比值，生成相应的病种分值。

三是权重系数促进合理支付。以不同级别医疗机构相同病种（不含综合病种）医疗费用比例关系作为医疗机构基本权重系数。设置医疗机构级别、医保评定等级、病种组合复杂程度、老年患者比例、儿童患者比例、长期住院患者比例及重点专科等正向加成指标，同时设置频繁转院患者比例负向加成指标，引导医疗机构合理定位，保障危重病人、特殊

人员就医。确定基层病种并缩小在不同级别医疗机构的分值差距，引导常见病、多发病下沉到基层治疗。

四是年度清算体现激励机制。年度清算时，将实际记账费用总额去除违规费用后，在分值计算费用总额 80%~100% 之间的按 100% 给予支付，在 100%~110% 之间的由调节金按 70% 进行补偿，超出 110% 的不予支付，建立起结余留用、合理超支分担的激励和风险分担机制。月度结算时，按申报记账费用 95% 的固定比例拨付，减轻医疗机构资金压力。

五是质量监控加强过程管理。建立特殊病例处理机制，对超出上年度同级别次均费用 2 倍以上的病例额外叠加分值，对在上年度同级别次均费用 50% 以下的病例按实际分值结算，既保障重病特病又避免减少服务，为重病、特病留下结算空间，结合专家评审制度，对医疗服务进行精准评价。利用过程控制的优势，建立质量监控标准体系，将病种费用增长率、疾病和手术诊治编码准确率、年度总体自费率、参保人满意度调查纳入考核范围，将考评结果与医保付费挂钩。

六是动态调整完善付费管理。为适应医疗新技术的应用、疾病谱变化、特殊药品使用、矫正实施过程中暴露的问题，对病种组合、病种分值、奖惩及监督机制都需要进行动态调整，保证按病种分值付费及时适应各种情况的变化。2019 年共新增病种组 1029 个、移除病种组 1709 个、调整病种组分值 486 个，并增加儿童患者比例、床日费用比例等加成系数，进一步完善付费管理。

三、广州市按病种分值付费实施成效

（一）建立了支付与监管的一体化管理模式。

广州市自 2018 年开始的按病种分值付费实践，覆盖医疗机构 334 家，下达统筹基金支出总额 127.7 亿元，年末医疗机构实际记账费用 116.71 亿元，记账结余资金 10.99 亿元，结合“结余留用，超支分担”机制最终清算支付 121.02 亿元，实际支出执行率为 94.77%，总额预算符合预期。与现行其他各种支付方式都有共性的问题，各级医疗机构在熟悉规则后会采取有针对性的方式来争取利益最大化，这一现象客观存在，而以“月度警示、年度纠正”的方式建立针对支付过程的监管与控制，是营造行业自律环境、确保支付合理的关键。

（二）方法体系总体符合预期。

DIP 所建立的标准及应用体系方法简单，适应性强，组别可动态调整，客观、及时反映临床现实，易于被参与各方所接受，形成了区域规范医疗的导向。在实际应用中，2018 年、2019 年核心病种入组率分别为 87.7%、88.4%，其他病例入组综合病种或按床日分值支付，100%可通过病种分值结算，有效控制了大量数据不能入组所带来的资源控制及实施的不确定风险。全样本平均组内变异系数在 0.7 左右，分组具有更高的稳定性，能更客观体现疾病严重程度、治疗复杂程度、资源消耗水平和医疗服务成本的实际状况。

（三）实现了医保资源与医疗机构发展之间的平衡。

按病种分值付费以简单的方式、科学的方法获得了医疗机构的认可，同时通过“结余留用，超支分担”等激励政策充

分调动了医疗机构的积极性，医疗机构通过合理治疗和合理用药，控制不合理费用增长，优化流程，提升服务效率，收获改革红利。2018年职工医保获得结余的医疗机构152家，2019年预计为127家，均远高于2017年的51家，大多数医疗机构仍保持较好的费用控制状态。全年医疗机构2018年及2019年的平均CMI增长率分别为2.1%、3.76%，收治患者疾病复杂程度已有提升。医疗机构2019年住院例均次要诊断数、例均操作数分别增长3%和26%，病案信息完整程度明显提高。

（四）减轻了参保患者的医疗费用负担。

DIP实施以来，在我市医保参保人员参保总量持续增长的背景下（2018年增长86万人、2019年增长54.5万人），全市住院总人次增长率、人均住院次数、住院药占比指标、住院人均自负率连年下降。其中，住院总人次增长率从2017年的10.75%下降到2019年的6.85%，人均住院次数从2017年的1.71下降到1.65，住院药占比从2017年的31.47%降至2019年的24.08%，住院人均自负率2018年、2019年分别下降2.9%、1.3%。参保人医疗费用负担逐步减轻，分解住院行为得到有效控制，医疗资源浪费现象得以初步遏制。

把医保服务窗口搬到群众家门口

山东省临沂市河东区医疗保障局

近年来，临沂市河东区医疗保障局牢固树立“以人民为中心”的发展理念，深入贯彻落实“放管服”改革要求，围绕医疗保障方面群众所需、所盼、所想，创新医保经办方式方法，积极推进医保经办下沉基层，精准服务各类人群，使群众需求与政府服务实现无缝对接，畅通服务群众的“最后一公里”。河东区基层医保服务站的建立，让广大基层群众的获得感、幸福感明显提升，也探索出一条医保经办服务向基层延伸的“河东实践”路径。

一、基本情况

习近平总书记指出：“要抓住人民最关心最直接最现实的利益问题，把人民群众的小事当作我们的大事，从人民群众关心的事情做起，从让人民满意的事情抓起，推进民生保障精准化精细化”。医疗保障是关系人民群众健康福祉的重大民生工程，医保报销、参保登记等医保经办工作与群众的生产生活、看病就医息息相关。面对“各镇街距离远、人民群众办事困难”，“窗口业务集中、经办人员工作量大”，“上下联动不畅、医疗资源利用率低”等难点堵点，河东区医疗保障局强力推进医保经办服务向基层延伸，从保障民生角度的精准发力，将医保经办服务下沉到群众“家门口”，不仅减轻了医保窗口的工作压力，提升了“一次办好”服务质量，还推动医疗

医保的“双医联动”，吸引周边群众就近选择就医，推动基层医疗、医保服务的高质量发展。

二、主要做法

为适应改革发展新需要，提升医保经办服务能力和水平，提高群众的服务体验，河东区医疗保障局于 2020 年 4 月，在经济技术开发区农业银行探索建立基层医保服务站，为周边群众提供信息查询、手工报销等医保经办服务事项，经过 2 个多月的运行，多次实地调研考察，在总结试点的基础上，7 月份将医保经办服务下沉工作在全区全面推广，在各镇街卫生院设置标准化基层医保服务站，做到“能放必放、应放尽放”，建立横到底、纵到边、全覆盖的医保经办服务网络，提高医保经办服务便捷度。

（一）统筹发展，设立医保“新站点”。

以方便群众为原则，所有镇街卫生院在原医疗保险办公室（简称“医保办”）基础上，统筹设立基层医保服务站，进行合署办公，承担原医保办的所有职能，并承接区级所有医保经办服务事项，办公场所设置在一楼或沿街，办公区域不少于 40 平方米。目前，实现全区 11 个镇街全覆盖。

（二）增加扩充，建立经办“专业队”。

各镇街卫生院医保办工作人员一般为 2-3 人，长期从事医疗机构医保报销、医疗服务等业务（普遍为医学相关专业，专业基础好，业务素质强）。设立基层医保服务站后，以镇街卫生院医保办为基础，再吸纳 1-2 名熟悉医疗服务经办人员，由区政务服务大厅医保窗口负责轮训、考核，人员数量维持

在 3-5 人。同时加强现场业务指导，解决实操过程中的难点问题，直至工作人员熟练掌握，确保医保业务下沉这一便民利民服务落到实处。目前，完成全区 11 个镇街服务站、81 人次的培训。

（三）规范标准，实现站点“三统一”。

基层医保服务站按照“三统一”的要求设立，统一标志标识、统一办公设施、统一经办流程，费用由镇街卫生院自筹解决。医保服务站外办公场所墙体或楼上统一制作悬挂“中国医疗保障”的徽标和标识，门口悬挂服务站门牌，服务站内统一制作悬挂背景墙、制度牌、流程图；服务站统一办公柜台、桌椅、休息排椅、饮水机、消毒柜、雨伞、急救包、宣传架、电子医保凭证易拉宝宣传材料等相关设施；按照省医保局“四个最”、“六统一”的要求，统一所有医保经办事项办事流程。目前，投资 45 万元，完成 11 个服务站场所建设改造，约 420 平方米。

（四）区分人群，提供精准“优服务”。

区分贫困人口、退役军人 1-6 级优抚人员、建国前老党员、离休人员等特殊人员，提供精准化、精细化、便捷化医保经办服务。针对贫困人员，各镇街卫生院开通办理慢性病、特殊疾病准入“绿色通道”，为贫困人口免费查体，根据查体情况和就医住院情况，为 2463 名贫困人员办理慢性病、门诊特殊疾病待遇认定。2020 年 8 月，将退役军人 1-6 级优抚人员门诊费用手工报销事项下放到区人民医院，设立专门报销窗口，方便优抚人员办理手工报销业务，实现退役军人 1-6

级优抚人员手工报销即时结算，解决了优抚人员“跑腿、垫资”和门诊费用审核慢、报销慢、拨款慢的问题。加大对建国前老党员的关怀帮扶救助力度，为全区建国前入党的农村老党员和未享受离退休待遇的城镇老党员设立“补充医疗保障基金”，对建国前老党员就医托底保障。针对离休干部，积极探索建立“家庭医养”这一居家医养结合新模式，由定点医疗机构定期进行医护巡诊，并将“家庭医养”医疗服务项目按照住院标准纳入医保报销范围。

三、社会成效

医保经办服务下沉是民之所望、大势所趋，镇街卫生院设立医保服务站解决了“三长”（群众办事路程长、时间长、流程长）、“三无”（基层政府无办公场所、无专业人员、无办公经费）、“三不”（基层医疗机构病源不多、群众不认可、经济效益不高）的问题，一经推广便受到广大干部群众、各级各部门一致认可。

一是搭建了医保经办服务“连心桥”。基层医保服务站的设立是河东区医保经办服务“向基层延伸、贴近群众”工作目标的具体实践，极大方便了人民群众办理医保业务，提高了医保经办服务的便捷度，打通了服务群众的“最后一公里”，构建了医保经办的“连心桥”。医保服务下沉后，不仅群众在“家门口”实现了便捷高效的医保服务，窗口工作量也明显减少。7月办件量 6452 件，环比下降 35%。仅交通费一项，为群众节约开支约 5 万元。医保服务站实现了真正的惠民便民，受到群众一致好评。例如，今年 9 月份，八湖镇村民邵艳芹

的家人需要办理转外就医备案业务，因为不知道怎么办，邵女士来到八湖基层医保服务站咨询，没想到，八湖医保服务站的工作人员当场就为其办好了业务，还指导其通过手机办理，邵女士表示，基层医保服务站的设立确实方便了老百姓，再也不用来回几个小时到区里办医保业务了，现在在家门口就能办理，我们有什么医保方面不懂的政策，直接到基层服务站，工作人员就能为我们耐心解答，非常的方便，服务也很贴心。

二是拓展了医保政策宣传“新阵地”。基层医保服务站作为最深入群众的医保服务机构，在办理好医保日常业务的同时，将业务流程图展板、医疗报销所需材料试样展板上墙，免费提供医保政策、医保经办服务、打击欺诈骗保、医保电子凭证推广等宣传服务，提高医保政策的群众知晓率，搭建各项医保政策、法律法规的宣传平台。目前，免费提供各类宣传资料 5000 余份，开展打击欺诈骗保、医保电子凭证推广等政策解读 2000 余次，为各级医保政策落地实施奠定群众基础。

三是形成了分类分级服务“新模式”。医保经办服务下沉构建起针对贫困人口、退役军人 1-6 级优抚人员、建国前老党员、离休人员等特殊人员分类服务，镇街基层和区级经办分级服务的“新模式”，形成了立体化、精准化、便捷化的医保经办服务网络，推动县乡协同发展，增强了医疗保障的公平性、协调性，使人民群众有更多获得感、幸福感、安全感。截止目前，为退役军人 1-6 级优抚人员累计报销 67 人次，共

计结算 48 万元。统筹资金 28.2 万元，设立“补充医疗保障基金”，实现全区 95 名老党员（农村建国前老党员和未享受离退休待遇的城镇老党员）就医托底保障。对全区 12 名离休干部建立“家庭医保”健康档案，提供“零距离”精准医养服务，实现离休老部门门诊住院费用及时结算，有力的提升了离休老干部的生活质量。

四是实现了基层医疗医保“双联动”。通过在镇街卫生院设立基层医保服务站，将医保与医疗紧密联系起来，增强医保、医疗联动改革的整体性、系统性、协同性，为推进医疗保障体制改革、卫生体制改革和分级诊疗制度注入了强大动力，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医疗服务。8 月底，全区医保基金留存率达到 53%，参保居民区内医疗机构就医意愿开始提升。

邯郸市慢特病医保绩效管理

河北省邯郸市医疗保障局

一、基本情况

邯郸市有 897 万人参加基本医疗保险，其中 60 岁以上参保人员达 171.25 万人，80 岁以上参保人员达 18.47 万人，人口老龄化形势严峻。慢性病和特殊病作为老年群体的高发病种，治疗负担占总疾病负担的 70% 以上，占比非常高。2020 年，邯郸市经医疗保障机构认定的门诊慢特病人员共有 364116 人，其中慢性病患者 319654 人、特殊病患者 44462 人，慢特病患者约占全市参保人员 4%，而医保费用支出高达 30%。

随着人口老龄化趋势，慢特病群体不断扩大，统筹基金支出持续增长，慢特病患者“看病贵、购药难”的问题日趋突出。在充分发挥医疗保险保障作用的同时，为加强慢特病管理，规范诊疗行为，提高为民服务质量，维护基金安全，邯郸市于 2019 年 10 月挂牌成立了慢特病医保管理中心，为医疗保障局直属事业单位。2020 年，邯郸市将“城乡居民高血压糖尿病门诊用药纳入医保，设置 110 家慢特病服务站”列为年度 10 件民生实事之首。

邯郸市慢特病医保管理中心成立以来，缜密谋划，奋发作为，各项工作稳步推进。其中以全力构建的慢特病“1+N”管理体系最为瞩目。截至目前，已建成慢特病服务站 353

家，已认定的“两病”服务机构 293 家，“两病”患者已全部纳入服务站定点管理范围。

二、主要做法

(一) 全覆盖理念：率先构建慢特病“1+N”管理体系。

践行“为民、便民、惠民”服务理念，落实办好民生事实要求，在全国率先构建慢特病“1+N”管理服务体系，切实规范慢特病诊疗行为，提升便民服务质量。“1+N”管理服务体系中的“1”即“邯郸市慢特病医保管理中心”，“N”是按照“布局合理、能级匹配、方便群众、便于管理、专业对口”的原则，在符合条件的乡镇卫生院、社区卫生服务中心以及二级以上公立医院设立 N 个慢特病服务站，形成网格化的慢特病医药管理服务体系。“1+N”管理服务体系具体职能划分如表 1 所示。

表 1 “1+N”管理服务体系具体职能划分

符号	名称	职能部门	主要工作内容
1	慢特病医保管理中心	慢特病医保管理中心	1 慢特病医保政策宣传贯彻 2 开展慢特病认定、诊疗管理工作 3 药品、耗材供给保障管理 4 为慢特病人员提供健康管理服务
N	三级慢特病服务站	市域内二级及以上综合医院	1 慢性病、特殊病认定 2 慢特病人员治疗方案制定及诊治 3 慢特病药品供给保障 4 为基层慢特病服务站提供业务技术指导
	二级慢特病服务站	市域内二级综合医院和部分有条件的二级专科医院	1 慢性病及相关特殊病认定 2 慢性病及相关特殊病人员治疗方案制定及诊治 3 相关慢特病的诊治及药品供给 4 为基层慢特病服务站提供业务技术指导
	一级慢特病服务站	部分有条件的乡镇卫生院及社区卫生服务中心	1 辖区内慢性病诊治、药品供给保障 2 结合基层公共卫生建设，完成慢特病预防
	“两病”服务站	乡镇卫生院和社区卫生服务中心	1 负责城乡居民“两病”认定与诊治 2 负责城乡居民“两病”药品供给

（二）精准化服务：实施慢特病患者“三定”管理。

邯郸市慢特病“1+N”管理服务体系实行定点提供便捷服务、定向配送药品耗材、定量管控医药费用的“三定”管理。“定点提供便捷服务”即慢特病患者可自主选择一家慢特病医药服务站就医购药，或由慢特病医保能效管理平台按照“能级匹配、就近便捷”的原则计算并自动适配一家慢特病服务站；“定向配送使用药品”即通过医保能效管理平台统计的慢特病患者处方或治疗方案所需药品耗材信息，经集中招采按需将药品耗材定向配送至慢特病服务站，以确保患者治疗用药需求；“定量管控医药费用”即在保障患者门诊就医购药基础上，依据大数据分析监管慢特病患者的药品用量，防止过度医疗造成医保基金浪费，同时合理控制门诊慢特病医药费用，维护医保基金安全。

（三）智能化管理：搭建慢特病能效管理平台，实现管理精细化。

为了保障“1+N”服务体系的实施，加强对慢特病诊疗方案及处方管理，管理中心建立处方管理数据库，搭建了邯郸市医保能效管理平台。能效管理平台具备以下方面功能：一是服务体系管理即时化。提升辖区内慢特病患者及慢特病服务站的即时化管理效率。二是服务运行操作可视化。实现慢特病待遇的线上认定，慢特病患者健康档案建立、处方的线上共享与流转，服务对象用药管理，慢特病药品定向配送管理等职能。三是统计分析监管智能化。结合慢特病患者处方内药品需求，智能化监管调配服务站药品实际供应情况。

截止 2020 年 10 月，邯郸市医保慢特病服务体系运行情况良好：慢特病服务站总数已达 353 家，服务慢特病患者数为 36.4 万人；覆盖慢特病病种数为 56 种。

1.数据支撑，建立慢特病人员信息处方数据库。

自 2019 年 5 月份开始，为实现慢特病精细化管理做准备，门诊慢特病认定或年检时除提供病理诊断检查化验报告等资料外，同时提供治疗方案(处方)，没有治疗方案(处方)的，由认定医疗机构开具后录入到数据库。到今年 9 月底，已将 26.99 万人门诊慢性病人员治疗方案（处方）全部录入了慢特病能效管理平台，为实现在全市无论哪一家慢特病服务站，通过刷医保卡都可查看慢特病人员的处方和信息，为实现“依方采购、依方配送、依方售药”打下了基础。

2.依方采购，定向配送药品耗材。

利用慢特病能效管理平台的统计功能，按照慢特病人员治疗方案或处方，统计出全市、各县区、各慢特病服务站服务的慢特病人员所需药品的种类和数量，通过集中招采平台，由药品配送企业将这些药品耗材配送到各慢特病服务站。

3.处方共享，方便慢特病人员就医购药。

充分发挥慢特病人员处方数据库作用，慢特病人员在自主选定的慢特病服务站刷医保卡即可读取数据库中正在使用的慢特病治疗方案或处方，结算后即可按处方取药。如果慢特病患者病情变化，慢特病服务站将依据病情开具新的治疗方案（处方）上传到数据库。能效管理平台的建立和处方数据库的运用，取代了慢特病诊疗证和纸质慢特病处方，极

大方便了广大慢特病人员就医购药，提高了服务效率和质量。

4.科学研判，加强供给侧和需求侧管理。

供给侧管理：通过平台可查看邯郸市慢特病服务站的地理位置分布情况，并可定向查询具体区县内慢特病服务站的名称、等级、服务患者数、医技人员数等详细情况。

需求侧管理：通过平台可查看邯郸市及具体区县慢特病患者总数、慢病和特病具体人数以及医保资金支出等宏观数据，还可以实时关注各区县慢特病患者病种分析，涉及慢病及特病的具体名称，每个病种的患者数量、费用支出及医保资金支出的总体情况。

由宏观管理界面可进入详细功能界面进行：①慢特病患者管理：查看慢特病患者基本情况、所选定的慢特病服务站，即时跟踪患者当前处方及用药情况；②处方共享与流转平台：根据医疗机构为患者开具并实时上传至医保能效平台的慢特病处方，实现慢特病服务站患者用药及用药情况的实时跟踪管理；③慢特病服务站药品配送：根据服务站所覆盖患者的日常用药统计，实现定期定向按需配送药品。

5.管理统计分析。

邯郸市医保能效管理平台统计分析智能监管模块可以实现：①处方流量情况和增长趋势可视化；②相关医疗机构处方上传信息；③处方流转所涉及的药品金额；④邯郸市慢性病和特殊病 top10 排行；⑤慢特病患者人数年龄分布状况；⑥慢特病药品费用支出及其医保基金支付情况。

三、工作成效

邯郸市建立慢特病“1+N”管理服务体系，实行“三定”管理后的成效显著。截至目前，邯郸市职工慢特病患者有 35892 人纳入慢特病服务站实现定点管理，城乡居民两病患者 26855 人纳入了服务站实现定点管理，定向集中采购配送药品 21785560 片。

1.慢特病患者药费负担有效减轻。邯郸市医保局全面跟进落实第二批国家组织药品集中采购和使用试点工作，32 种药品价格大幅下降，中选药品价格平均降幅 72.81%，最高降幅 96.63%。一些老百姓的常用药降价明显，如阿卡波糖、格列美脲片价格降幅分别为 81.26%和 95.73%；抗癌药替吉奥降幅达 81%，一盒规格为 20 毫克的替吉奥药品原来是 1170 元，现在只需 230 元左右，患者药费负担明显减轻。

2.医疗资源浪费有效降低。慢特病患者大处方少了，用药更符合慢特病患者的真实需求，杜绝了串换药品、串换物品现象，避免了医保资金浪费；慢特病患者住院少了，避免了医疗资源的过度利用。今年 1-10 月份，全市慢性病患者人均门诊医药费用 1499.2 元，医保基金人均支付 824.56 元，与去年同期相比，人均门诊医药费用降低 22.86%，医保基金人均支付降低 19.82%。同时，慢特病人员住院率、住院医药费用与去年同期相比，分别降低 5.26%和 9.3%。

3.慢特病患者就医用药更便捷、服务更精准。慢特病“1+N”管理服务体系建立之前，慢特病患者需要在定点医药机构排队挂号、就诊、取药，存在定点离家远、路途奔波、

长时间排队等不便之处，并且在疫情期间交叉感染风险高。通过慢特病“1+N”管理服务体系的建设和，慢特病患者可以自主选择一家慢特病医药服务站就医购药，或者由医保能效管理平台按照“能级匹配、就近便捷”的原则自动适配一家慢特病服务站，在站内设有绿色通道方便患者就医购药，不仅离家近、不用排队，还可以在家监测，医生远程指导。通过不断完善医保能效管理平台，未来要实现看病不出门、医护能上门、医保线上支付、药品配送到家等服务，持续提升慢特病患者就医购药的便捷程度。

厦门首创新生儿医保参保报销“秒批”服务

福建省厦门市医疗保障中心

两会期间，全国人大代表、江西省儿童医院信息科科长胡梅英提出了“一条证件‘简办’从新生儿做起”的建议，倡导以政务服务信息平台为基础，将出生证等电子证照集中在助产机构联办，破解新生儿出生后的办证、参保缴费、医保报销的堵点问题。厦门市医保部门，以问题为导向，以提升群众满意度为目标，针对传统模式新生儿医疗费用报销存在的痛点、难点和堵点问题，主动作为，多方协同，全国首创推出“新生儿医保参保报销‘秒批’”服务项目，创新实现出生“一件事”“秒批”办结。此项创新做法被新华网、人民网、中国新闻网、央广网等中央级媒体广泛宣传报道。

一、创新亮点

（一）观念创新，一件事办结“消痛点”。

以往新生儿住院产生的费用，家长需要先垫付医疗费用，然后在三个月内办妥孩子的落户、参保、缴费、制卡等多项手续，最后才能持票据、社保卡等资料到医保窗口现场申请报销。涉及部门广、时间环节长、材料要求多，群众办事体验感不佳。为解决好群众身边的操心事、烦心事，医保部门转变观念、转换视角，将新生儿需办理的多个事项，整合为群众视角的“一件事”，创新推出在手机端一次性办结新生儿参保、缴费、费用报销全流程事项，全力打造出生“一件事”。

（二）科技创新，持码结算“免垫付”。

厦门市户籍产妇及持有厦门市居住证、在厦参保且正常缴费的外地户籍产妇只需打开支付宝，搜索“厦门医疗保障”服务号，进入“儿童医保专题”，为新出生的宝宝在线办理新生儿预参保登记并缴交医保费用，便可开通和领取“儿童医保码”。在医院结算时，只需出示此二维码，就可直接扫码结算新生儿门诊及住院医疗费用，无需垫付医疗费用后申请报销。

（三）流程创新，前置环节“少跑腿”。

医保部门从能否线上参保登记、能否线上缴费两个报销前置要素入手，串联以往新生儿医疗费用报销所需的参保、缴费、报销等多部门业务，全面梳理再造流程，深度整合共享数据，通过税务部门为新生儿量身定制的“预参保”缴费手续，在手机端即可完成报销所需前置手续。

（四）模式创新，整合事项“一键办”。

首次引入医保移动端“一键办理”功能，打造“九位一体”的“儿童医保专题”公共服务体系，涵盖与新生儿医疗费用报销相关的家庭共济、委托代开药等9大功能。参保人进入“儿童医保专题”小程序时，系统将自动提示可办理及未完成业务，提供“一键办”集成服务，方便群众一次性办结关联事项。

二、主要做法

（一）打破行政壁垒，建立协作联动机制。

深度聚焦群众关心的新生儿报销多环节多部门办理问题，结合“参保—缴费—报销”的事项办理流程，医保部门主动牵头，税务、行政审批、工信等多部门协同，通过立足各

自智力和组织优势，抽调精干力量，组建跨部门协同联合小组，形成具体工作方案，提升改革合力。

（二）深化事项联动，促成“一件事”联办。

一是抓住新生儿报销各前置事项环节的关键共性与连接点，将医保、税务等多部门业务“标准化零件”集成组装，促成新生儿出生“一件事”流程运转。如新生儿参保登记形成的数据库，可作为征缴的业务前置，入库的缴费数据作为待遇（即报销资格）的判断条件，业务环环相扣，一个环节阻滞影响整个流程运转。

二是通过实现不同服务供给主体的多元创新，如税务部门为新生儿量身定制“预参保”缴费手续，医保部门创新生成“儿童医保码”，再造服务流程，变“物理整合”为“化学融合”，推动一次性联办“办得全”“办得快”“办得好”。

（三）拔掉数据烟囱，共建信息互通平台。

跨部门“一件事一次办”服务落地，难点在于破除“信息孤岛”和“数据烟囱”。为确保多部门数据信息的畅通流动，医保部门依托信息化支撑，通过流程驱动、自动推送、高效协同，实现了出生“一件事”在“厦门医疗保障”服务号一个线上入口，即可全流程办结，改变了传统新生儿费用报销要跑多部门的困境，更加便民惠民。

（四）打造标准化试点，集成政务“一盘棋”。

医保部门根据试点医院运行情况，边试点边总结，边改进边提高，通过加强与各相关部门、医疗机构的工作对接，充分发挥示范点的典型引领作用，高标准、稳步伐，逐步将

新生儿医保参保报销“秒批”服务推广至其他医保定点医疗机构。同时进一步探索将卫健部门的“出生医学证明”“预防接种证”、公安部门的出生户口登记等一并纳入出生“一件事”，更好地推进政务服务集成办理。

三、实现效果

（一）群众体验佳。

“我还没出院，就在医院为宝宝线上办理好预参保和报销业务，太省心了”。作为首位体验者赖女士，在工作人员的引导下，仅用几分钟就实时结算了新生儿医疗费用共计 1200 多元，直呼便捷。医保部门通过部门联动、数据互通，打造出生“一件事”，实现新生儿医保参保报销“秒批”办结，满足了疫情防控常态化新形势下新生儿家庭对医疗费用报销“一趟不用跑”的迫切需求，极大提升了群众获得感、幸福感。

（二）服务质效好。

新生儿医疗费用报销是医保窗口的高频业务，长期居高不下，窗口容易出现排长队现象，服务效率难以提升。新生儿参保报销“秒批”服务的落地，将过去办理时长平均需要 60 天缩短至几分钟，从线下排队等候升级为线上“指尖”办理，既免去新生儿家庭垫付医疗费用之忧及跑腿办事排队之烦，又释放了窗口服务潜力。截止 10 月 31 日，新生儿出院直接扫码结算共 856 例，总发生费用 77.02 万元，其中个人支付 38.84 万元，统筹基金支出 37.73 万元，账户支付 0.46 万元。

（三）媒体广泛宣传。

中国劳动保障报、中国人口报、健康报、福建日报等多

次报道厦门首创新生儿医保参保报销“秒批”服务，人民网、新华网等网站 27 次报道新生儿参保报销“秒批”服务。

江西抚州智慧医保服务建设成效初显

江西省抚州市医疗保险事业管理局

“互联网+”是政府治理模式变革的重要力量，抚州医保自成立之初，始终坚持“保基本、保重点、防风险、促改革、稳运行”的总体工作思路，深入贯彻落实上级决策部署，积极探索“互联网+医保”融合创新发展新模式，全面推进“线上办、掌上办”服务，构建高效、便捷、精准的智慧医保新模式。

一、整合优化，奠定智慧医保发展基础

（一）集成“一窗”受理，服务均衡有保障。

2019年9月我市推行了“一窗式”受理的经办模式，将窗口参保登记、医疗费报销审核、生育保险待遇申领、医疗费用结算和医保关系转移等五大块业务实行整合，通过优化系统后台，采取“前台受理、后台处理、限时办结”的办理方式，群众只需挂号，就能最快享受到便捷的医保服务，大大缩短等候时间。目前医保窗口服务事项有30项，其中即办件有14项，限时办结16项。今年截至目前，市本级窗口共受理业务18432件，结率达100%，办事效率提升两倍以上，医保服务质量不打折扣。

（二）实现“一诺”即办，容缺简化有良方。

一方面办理材料做容缺。我市对30项经办事项的办理材料进行归类精简，以告知承诺制代替证明材料。1/3经办事项可采取告知或者“承诺制”代替提供办理材料。**另一方面办**

理程序做简化。通过邮寄办、前置医院办理等方式简化办事流程，取消不必要环节和手续，解决群众办事“多头跑”、资料反复交、办理时限长等难题。办理转移接续业务时，参保群众只需向转入地经办机构提交材料。截至目前，全市共精简审批环节 8 项，取消证明材料 10 项，办结时间平均缩短 5 个工作日，极大地方便了群众医保事项办理。

二、创新推动，搭建智慧医保平台框架

（一）开设异地就医“直通车”。

为进一步减轻参保人员的跨省（市）异地就医负担，参保群众只需通过“赣服通”、国务院异地就医备案小程序、邮箱、“抚州掌上医保”APP 等方式办理异地就医备案手续，住院时费用由医保先行垫付后内部清算，出院时直接可以刷卡报销。实现从线下跑到网上直接办的转变。

（二）开设经办服务“掌上办”。

我市在全省率先开发“抚州掌上医保”APP 并与“赣服通”完成对接，实现医保事项网上办理，共提供查询功能 12 项、业务办理功能 8 项，办理事项为全省最多。此外，今年 9 月，医保电子凭证在我市率先落地上线，医保业务办理和结算进入无卡“码时代”。该凭证不依托于实体卡，参保人员可以直接通过国家医保 APP 或者微信、支付宝，自助进行人脸识别认证后激活使用，即用于挂号就医、药店购药、费用结算等医保业务场景。自 9 月底上线以来，医保电子凭证开通范围已覆盖全市 47% 的定点医疗机构，共 35.98 万人领取激活医保电子凭证。

（三）开设费用报销“一单结”。

我市通过改造医保信息系统、搭建综合服务窗口、规范流程运作模式，推行基本医疗保险、大病保险、医疗救助、重疾补偿、财政补贴、公务员补助等待遇“一站式”服务，参保人员只需交纳个人负担部分，不用再到扶贫、保险公司、财政等部门报销费用，实现了“一单制”结算，真正做到让“数据多跑路，群众少跑腿”，让群众不再为医疗费用报销问题困扰，切实减轻了老百姓的生活负担。今年 1-10 月，全市（包括县区）贫困群众通过“一站式”结算 50.18 万人次，报销 2.38 亿元。

（四）开设咨询建议“一号通”。

我局成立后迅速对接“12345”政务服务热线，不断纵向延伸和完善“12345”热线平台服务功能，积极探索搭载短信推送、智能督办、大数据分析等功能的服务系统，建立更方便的便民服务平台。同时，不断加强与热线平台的沟通协调，及时更新医保政策、办事指南和经办流程等知识库，为参保人员提供最新的政策咨询服务。今年 1-10 月，市本级累计接听咨询电话 4692 件。

三、疏通堵点，形成智慧医保服务格局

（一）向标准化转变，服务热情有温度。

通过推行和优化“一窗受理”，统一服装、铭牌、徽标及标志，加快推进医保经办大厅标准化建设。在全省率先搭建网上购药平台，实现了参保人员网上刷卡购药功能，规避实体药店以药换药、以药换物的现象。同时，疫情防控期间，

为避免参保人员就医交叉感染,我市参保人员可通过“江西抚州医保”微信公众号上的京东健康的“抗击新冠肺炎疫情服务平台”享受在线免费问诊、送药上门等服务。期间通过网络查询个人权益 20 万余次,不见面办理各项业务 8000 余件,由于服务优质高效,被市政务服务中心评为“优质服务单位”。

（二）向便民化转变，方便快捷有速度。

以“互联网+医保”的信息化服务为基础,我市医保经办服务不断向便民、利民的方向前进,拓宽医保服务渠道,在全省率先上线“江西抚州医保”微信公众号、“抚州掌上医保”APP、“医保电子凭证”等,实现参保缴费、医药费报销、异地就医等多业务“掌上办、网上办”,截至今年 10 月底,“抚州掌上医保”APP 受理个人权益查询 50 万余人次、不见面办理业务 2 万余人次。今年 1-10 月,市本级共办理异地安置备案及转诊转院 3825 件;医保电子凭证结算金额 49.15 万元。

（三）向全程化转变，一次办结有力度。

我市全面实施错时延时服务,在工作日中午实行轮流错时作息;通过“互联网+医保”服务,不断推进“一次不跑”、“只跑一次”改革力度,让参保人员有更多、更直接、更实在的获得感、幸福感。今年 1-10 月,市本级累计向社会群众提供错时延时服务 1600 余人次,“只跑一次”服务事项办理 29409 件,“一次不跑”服务事项办理 6359 件。

武汉市疫情期间“互联网+就医购药”医保 经办工作纪实

湖北省武汉市医疗保险中心

庚子年初，大江涛声依旧，黄鹤楼如故巍然。正当江城人民沉浸在春节阖家团圆之际，一场突如其来的新冠肺炎疫情席卷武汉。面对这场疫情遭遇战、阻击战，武汉市医疗保险中心全体工作人员不畏新冠病毒凶险，勇于担当、主动作为，创新举措、全力保障，积极投身到新冠疫情防控阻击战中，为抗疫胜利作出了积极贡献。

一、疫情就是命令，责任重于泰山

面对突如其来的疫情，在全市医疗资源紧张，大量患者涌入医院门诊就医，定点药店因春节放假关门难以买到急需治疗药品的危急时刻，武汉市医疗保险中心在市医保局党组的统一指挥下，坚决贯彻落实市新冠疫情防控指挥部的各项指令，以疫情为号，闻令而动。接到市疫情防控指挥部要求尽快完成“互联网+就医购药”的任务后，市医疗保险中心针对在外人员因封城不能归队，受领的任务需要突破创新，完成的时间非常急迫，部分干部到市新冠疫情防控指挥部负责医用物资采购和党员下沉社区保运转的特殊情况，当即组织业务骨干紧急组建工作专班。工作专班的每名成员以高度的政治责任感、使命感与时间赛跑，与疫情竞速，克服封城带来的交通不便，出行受限等困难，采取各种方式迅速开展工作，

用战时状态快速投入到阻击疫情的医疗保障工作中。

二、打破固守陈规，争取多方支持

疫情期间，因隔离管控，患者就医购药十分不便，如不及时解决，会出现近 40 万门诊慢性病患者无药可用的困局。互联网医院（平台）处方售药按照规定必须具备省级主管部门审批，依托实体医院为复诊患者提供服务。疫情初期武汉市定点医院只有 3 家开展网上就诊服务。远远不能满足当时武汉市老百姓的就诊需求，为及时将门重门慢参保患者购买所需药品送到手上，国家医保局针对武汉市实际上情况，给予了大力支持，采取有效措施，临时开放电子医保凭证，指导微医网平台及时与我市对接。武汉市医疗中心在局党组的领导下，积极协调卫健、电信、医疗机构、药店和信息部门，大胆创新，开创性地引入互联网医院，开发门诊重症定点零售药店无卡结算功能，仅用两天时间完成了医院信息备案、互联网处方审核和医保结算系统改造。紧急协调国药集团、省医药公司、九州通等大型医药企业，开通 12 家定点药店药品线下配送服务，构建了门重门慢互联网医院线上复诊服务、统筹基金直接支付和药品配送直达的一站式服务渠道，极大缓解了疫情期间群众就医难、购药难的问题。

三、制度保障先行，危难彰显担当

为贯彻落实习总书记“要始终把广大人民群众健康安全摆在首要位置”的重要指示，让互联网成为医保同参保群众沟通交流就医购药的新平台，成为了解群众、贴近群众、为群众排忧解难的新途径，广大医保经办人员想患者之所想、急

患者之所急，以战时的状态，舍我其谁的精神抓落实。一是迅速制定《武汉市互联网+医保服务实施方案》，确定“互联网+医保服务”的实施范围、服务对象、就医和结算流程，明确具备互联网诊疗服务资质的医疗机构，通过互联网医院为参保人员提供门诊常见病和慢性病的线上复诊、处方流转服务。二是强化责任担当，明确各组分工，落实专人负责，着重抓好互联网+医保服务的系统开发对接，医疗费用结算支付，线下药品配送，信访咨询件的处置等。经过各组集思广益、相互配合和日夜奋战，顺利完成了武汉市“互联网+就医购药”和“医保帮找药”平台建设工作，实现了群众通过互联网线上就医购药、线下配送药品的功能。三是分三批将全市门重门慢疾病药店由两家扩大到 10 家，并根据疫情发展的情况，再次扩大到 110 家，有力保障了全市 14 个区、千万人及时购买治疗和预防用药。为确保各药店门重门慢所需药品有充足的货源，通过调集政府购买服务的商业保险公司作为第三方对药店药品备货、销售等情况进行检查和包保服务；临时招募志愿者协助 110 家药店开展售药服务工作，保证了门重门慢患者用药需求。疫情期间，仅微医网平台就提供门重门慢参保患者复诊就达 46297 人次，帮找药 40 余万人次，线下配送药品 30865 人次。

四、勇挑时代重任，不辱使命担当

疫情期间，武汉市开展网上就医购药服务并纳入医保结算，不仅为破解门重门慢患者就诊购药难题，满足门重门慢患者不出门就能获得医疗保障，有效促进医疗服务降本增效

提供了创新路径，也为改善患者就医体验，实现优质医疗资源跨区域流动获取了实践经验，真正率先实现了电子凭证验证身份、网上平台处方流转、药店保障供应及时、协同企业共同找药、快递和志愿者送药上门等“互联网+就医购药”新模式，为确保武汉保卫战的全面胜利发挥了建设性的作用。“互联网+就医购药”取得的成效，应归功于国家和省医保局的大力支持和精心指导，归功于市委市政府的正确指挥，归功于武汉市 1200 万市民的理解和包容。今年 2 月 29 日，胡静林局长主持召开视频会议听取武汉市工作情况汇报和 11 月 12 日李滔副局长到武汉市医疗保险中心调研工作时，分别对武汉市在疫情期间的医疗保障和经办服务工作给予了充分的肯定。

放飞“快乐心情”，彰显优质服务

上海市普陀区医疗保险事务中心

129 万常住人口、近 30 万人次的年服务量，1: 5.3 万的工作人员与服务人群数之比，是我们普陀医保窗口的工作实际，亦是 we 面临的现实压力。在这份重压之下，我们依靠“快乐心情”服务品牌的持续建设，在今年的区政府“一网通办”专项督查服务对象满意度问卷调查中，参保人对我中心各项服务总体满意度达到 98%。

“快乐心情”是我们期望给予参保对象的服务体验，也是我们希望带给全体员工的幸福感受；经过多年的磨砺与打造，我们赋予她深刻的内涵：快捷标准操作、乐享文明成果、用心改进工作、倾情为民服务。

一、快——立标建制，快捷标准操作

我们牢牢把握国家级和市级服务业标准化示范（试点）建设契机，建立了涵盖中心管理服务全程的服务标准体系；精心打造了医保服务标准化精品展示基地、实践验证基地和宣传培训基地。在标准化建设的引领下，我们的服务更快捷、更专业、更规范，逐步实现“四零”服务——服务受理“零推诿”、服务办理“零积压”、服务结果“零差错”、服务过程“零投诉”。

实施工作人员绩效考核机制。明确服务目标，量化考核标准，罗列涵盖所有对外经办业务操作规范标准中的 38 个易疏忽点并安排专人复核；每月汇总差错点，及时反馈、落

实整改；每季公布考核成绩，每半年兑现绩效奖励；从服务的质和量两方面对窗口工作人员进行全面考核，有效调动着品牌建设中的积极因素。

建立管理干部深入窗口服务工作机制。班子成员及中层管理干部轮流巡视值班，为参保对象提供政策宣传、分流业务，维持大厅服务秩序，增强窗口服务力量的同时发挥示范引领作用，同时也让管理干部的服务行为置于员工监督之下，形成中心上下同创优质服务、共树品牌形象的良好氛围。

全面建立“好差评”监督机制。在全市层面高频事项“一网通办”的基础上，中心进一步落实电子证照、窗口“好差评”系统对接工作，全面实施“好差评”制度，着力杜绝医保经办中可能存在的办事流程不够便捷、规范、周期长等问题；同时，将医保标准化经办服务与信息网络有机结合，推动医保经办服务事项在自助终端集成办理。为参保人员提供简事即办便利的同时，加快推动医保经办业务向“马上办、网上办、就近办、一次办”转变。

二、乐——养心聚力，乐享文明成果

多年来，我们注重员工综合素养的全面提升，聚焦“提神、蓄势、养心、聚力”四大版块的内容，练内功，强本领，努力打造“素养求高、业务求精，服务求好”的医保工作团队。

重视思想教育，提振精气神。将思想教育内容分为“理想信念教育”、“群众路线教育”、“廉政教育”、“依法行政教育”、“形势教育”、“先进典型学习”、“职业道德教育”、“服务规范践行”、“工作纪律遵守”等九大模块，结合“道德教育讲诚信”、

“廉政教育守底线”、“时政教育树理念”、“学评结合思改进”、“礼仪培训塑形象”、“结对共建促服务”、“感受变迁悟责任”等专题活动的组织开展，多形式、广渠道的教育、宣传，引导全员树立正确的价值观和宗旨意识，职业观和服务意识，为实现质优效高的经办服务品质提供了内因保证。

重视业务练兵，蓄势而为。一方面，中心坚持按照“干什么、练什么；缺什么、补什么”的原则，每年制定详实的培训方案。除了以各部门负责人轮流授课形式开展的医保政策、实务操作类“家常菜”系列培训外；还通过“请进来，走出去”的方式，推出“特色菜”系列培训，如：邀请医学、心理、服务业方面的专家，开展专业知识讲座；安排员工参加由人社部职业能力建设中心举办的各类经办管理业务培训班学习等，切实为员工送上培训“大餐”。另一方面，通过认真执行《服务窗口工作人员轮岗工作要求》标准，让中心轮岗机制运作顺畅，实现培养业务多面手的预期，使人力资源统筹安排成为可能。

重视文化建设，积极志愿服务。中心着力在历史传承、创新转化、拓展提升、普及教育上下功夫。进一步聚焦新风尚，表达新思想，打造新景观，展示新风貌，在开展党建工作过程中融入意识形态工作，明确“务实、精业、聚力、开拓、乐群”文化理念，聚焦“精品展示、实践验证、创新研究、宣传培训”四个标准化展示基地功能，精心打造文化走廊、标准化展示基地和标准化培训教室，用于开展医保服务学习宣贯、技能培训、课题研讨、文化共培等专题活动，着力凸显党建

服务改革、服务发展、服务民生、服务群众的鲜明主题，使医保文化气息更加浓厚，职工认同感更加强烈。一方面，开展丰富的工娱活动，参加歌会、组织亲子活动，举行运动会，乐在其中，不断“养心”；组织知识竞赛，服务比拼，不断“聚力”。另一方面，多形式的学习教育，长时间的养心聚力，我们中，走出了汶川地震的援建者；市三八红旗手；市优秀志愿者；市服务岗位标兵；区优秀团干部；区青年岗位能手等诸多先进典型和服务明星。

三、心——躬耕于行，用心改进工作

全心全意为人民服务是我们党的“初心”。我们始终躬耕于行、砥砺奋进，对厉民之事，毫末必去，对利民之事，丝发必兴；始终坚持全心全意为人民服务的根本宗旨，充分发挥党密切联系群众的优势，任何时候都把实现好、维护好、发展好参保人的根本利益作为一切工作的出发点和落脚点。

为有效解决“二次排队”问题，我们优化流程、采取动态叫号、培养业务多面手，实现医保经办由“一门式”向“一口式”服务的转变。通过打破前台条块分割模式，优化窗口设置，实现除零报审核、零报结算、现金支付三个不相容业务外，非现金业务一口通办，经办窗口从原有的 14 个缩减至 10 个，有效提高了即时办结率和群众满意度，实现“三降三升”（即降低服务成本，提升工作效能；降低时间成本，提升群众满意度；降低人力成本，提升员工幸福感。）服务成效。；为不“坐等群众上门办事”，我们推出了“短信服务”，引导参保人错峰办理业务；为打通服务群众最后一公里，我们拓宽业

务办理点，形成“1+10+3”医保服务网，推行了“下沉服务”；为切实满足参保人的实际需求，我们开出服务菜单，定制服务内容，主动与兄弟部门联合推出了“组团”服务；为使服务更具人性化，我们创建了“五延”服务模式：早上开门前延一点、中午服务后延一点、节前加班延长一点、志愿行动外延一点、便民设施延展一点。

按照“全覆盖、保基本、多层次、可持续”的方针，本市医疗保险工作形成了政策、经办、监管、服务有机衔接发展的格局，联网结算、持卡就医、即时报销等惠民政策全面实施，人民群众医疗保障待遇水平稳步提高。这一系列服务“组合拳”，彰显了我们为民服务的初心，也印证了我们对参保人的铮铮誓言。金杯银杯不如百姓的口碑，一封封感谢信、一面面锦旗纷至沓来，这就是对我们工作最好的赞誉。

四、情——以人为本，倾情为民服务

如何提高医保政策的知晓率，如何提升百姓的参保意识，如何规范就医行为，是摆在我们面前的一道道难题。为了补齐短板，我们以“党员‘心’志愿”服务机制建设为助推，通过动心送高效服务，贴心送便民服务，倾心送维权服务，暖心送志愿服务，融心送亲情服务，进一步突出党建引领，打通部门壁垒，加强监管力度，拓展宣传渠道；通过延伸服务内容，从“心”出发，在实施医保管理服务过程中不断探索新机制、点燃新引擎、应对新挑战、实现新作为。

根深而枝叶茂，行久而清誉远。“快乐心情”服务品牌的持续建设使我们的业务水平始终保持在全市前列，从2008

年起连续十年荣获“上海市区县医保中心优秀单位”称号；2011—2018年连续四届荣获“上海市文明单位”称号；2013、2014年，我们以高分通过国家级和市级两项服务业标准化试点项目验收，率先获得市医保系统“特殊贡献奖”单位称号，获得本区首家上海市社会管理与公共服务标准化示范试点单位称号；2016年荣获“上海市五四红旗团支部”称号，2018年荣获上海市“巾帼文明岗”称号。

荣誉是激励、更是鞭策，“服务有起点，满意无终点”，我们将一以贯之“为民、务实、清廉”的工作作风，敞开“小”窗口服务“大”民生，努力为群众提供规范化、精细化、品质化的医保服务，用实际行动不断深化“快乐心情”服务品牌的内涵，为优质服务窗口打造注入不竭动力。

天地之大，黎元为先

天津市医疗保障基金管理中心红桥分中心

天津市医疗保障基金管理中心红桥分中心共有员工 16 人，老中青人员占比较为均匀，服务于辖区 5100 户参保单位，42.05 万群众，管理 73 家医药机构。红桥分中心紧紧围绕进一步提升医保经办窗口服务水平这一中心，紧扣全面落实“放管服”、改善营商环境主题，以推动“一制三化”改革为着眼点，在提升软实力上下功夫，根植服务理念，提高服务水平，创建服务文化，落实服务责任，力促服务效能提升，打造规范高效、服务优质、作风良好、人民满意的经办服务窗口。

今年，新冠疫情的爆发给经办工作的提出了新的问题，行风建设工作从形式到内容都必须做出极大调整，以适应新的经办环境。红桥分中心立足让群众满意这一永远不变的出发点，积极谋划，着眼于防控疫情和满意服务制定多项措施，实现了经办工作的服务升级、服务满意。

一、医保服务疫情防控两手抓，让群众办事舒心更放心

疫情的影响对经办大厅环境在宽敞舒适之外又有了防控要求，分中心对经办座椅进行了合理摆放，在每两个座位间设置隔离区，保证办事人员之间的安全距离。在摆放市中心统一配备水杯、急救箱等便民服务用品之外，又为群众提供了免洗手消毒液，准备了一次性口罩提供给前来办事未佩

戴口罩的群众，在安排保洁人员每日定时消毒的同时，分中心党员捐款购买了一箱二氧化氯消毒片，用清水溶解后放置在经办大厅，防控病毒气溶胶。

二、应对疫情，经办通道变轨升级

从疫情初期的不见面经办到疫情防控常态化要求避免经办大厅人员聚集，如何将配合疫情防控密集出台的医保政策及时贯彻到位，如何保障不能来经办大厅的群众相关医保问题得到解决，危机催生创新，分中心转变服务理念，开辟和丰富“互联网+医保”的服务模式，依托信息化技术手段，进行经办通道的变轨升级，实现医保业务远程经办确保服务工作正常运转。

一是开发“垫付医疗费用预约办理”平台，有效疏导经办大厅人流。为避免经办大厅人员聚集，降低群众暴露风险，分中心结合经办实际，对参保单位经办人员办事时间进行调控，推出参保单位办理“垫付医疗费用预约”措施，在分中心微信公众号“便民服务”栏设置“垫付医疗费用预约办理”平台，预约模块信息填报包含预约类别、预约业务分类、预约单位、预约人姓名、手机号、预约日期、预约时段等7项，每个工作日放号20个，每个工作日有3个时间段可预约，接待人数上限为8人。自2020年6月17日开始施行，已在线接受预约办理254单，均衡分散了参保单位的办事时间，在疏导人流、减少人员聚集方面发挥了较好的作用。

二是开辟多渠道办理医保业务，方便群众办事。新冠疫情发生后，分中心积极响应市局和中心关于医保业务不见面

经办的号召，积极开辟“网上办”、“掌上办”、“电话办”业务经办新通道，实现医保业务的“经办不见面，服务不间断”。加大宣传力度，精心制作了分别面向参保单位和群众、医保定点单位的微信 H5 文案，对疫情期间电话、金医保 App、分中心邮箱、网厅、微信经办方法进行了详细介绍和说明，通过微信朋友圈广为传播，受到群众的普遍欢迎，并迅速推广应用。对前来办事的群众的“金医保”App 使用情况进行筛查，协助 100 余名群众下载“金医宝”app，并指导其操作，截至目前，分中心已通过电话为群众办理门特变更业务超 800 人次，通过邮箱收到群众上传材料 54 件，为 38 人办理异地登记和门特转移业务，通过金医保 App 办理各项医保业务 8945 件，极大的方便了群众办事。经办大厅秩序井然、人流量从过去高峰时的日均 300 余人到现在的不足百人，明显下降，并减少了办事人员等候时间，参保单位和群众纷纷点赞。

三是构建信息沟通快速通道，政策咨询和问题解决“秒办理”。分中心分别建立了参保单位、定点医药机构微信工作群，方便医保经办人员政策业务咨询，分中心工作人员全部进群服务，确保问有应声，及时高效，一项政策、一个问题，一人询问全体了解。定点医药机构微信工作群覆盖辖区全部机构，参保单位微信工作群覆盖率达 74%。既确保了问题解释解决的快速迅捷，又有效减少医药机构办理业务往返跑路的次数，政策咨询、问题解决“秒办理”，为参保单位、医药机构医保经办人员提供了贴心服务。

四是建立信息发布业务培训新平台，“网络教学”送政策

上门。为帮助群众及时了解掌握政策调整变化，分中心创建了微信公众号功能，及时发布政策信息和各项通知，并为办事群众提供留言功能，及时收集群众意见建议，改进工作，解决问题。在医保改革深入的大背景下，今年的医保政策调整和经办流程调整较为频繁，分中心为保障新的医保政策贯彻到位，每次重要政策发布，都选取业务骨干及时向有关群体开展培训。结合疫情防控需要，应用“腾讯会议”App 进行指尖直播政策培训，今年以来共开展各项政策培训 11 期，网络教学送政策上门，确保了政策传达及时，贯彻到位，受到了辖区医药机构、参保单位好评。

三、招法灵活，医保服务更加亲民便民

分中心突破旧有经办模式，不断满足群众需要。在疫情严重期间，做出医保票据可延期申报的承诺，使群众安心在家自我隔离。针对国有企业退休人员社会化管理推进，街道工作人员对政策标准和业务操作均不熟悉的情况，采取“一对一”辅导方式，辖区 10 个街道分别由 5 名经办人员负责，一一对应，包教包会全程指导，使街道工作人员很快熟悉业务并独立上手操作，辖区群众医保办事路途更近更便捷。

四、虚心纳谏，促进医保服务群众更满意

分中心采取多种方式广泛听取各方意见，不断改进工作。一是克服疫情影响，在做好防控的前提下深入参保单位、街道、定点医药机构开展调研，征询意见建议。二是聘请了 10 名热心医保工作、有责任心的各行业参保群众担任社会监督员，给分中心工作“挑毛病”、“提意见”。三是在分中心微信

公众号发布问卷星调查问卷，就分中心医保服务行风建设征求群众意见。分中心以虚心换真心，多种形式收集最真实的声音，为我们的经办服务工作把脉问诊，治病祛疾。

天地之大，黎元为先。医保工作涉及千家万户，是民生工作的热点，做好医保经办服务工作，让群众满意，是经办工作的根本。红桥分中心全体员工决心以强烈的事业心、责任心，履好职、尽好责，不断提升服务水平和服务质量，以创业者的激情，饱含真心做好经办工作，努力在医保事业的新航程上做出新贡献！

金华市优化大病保险经办服务 大幅提高参保群众看病报销获得感

浙江省金华市医疗保障中心

为了从源头上破解“因病致贫、因病返贫”问题，全面提升医疗保障水平，2018年1月份，金华市在原有大病保险制度基础上，在全市统一实施“选缴保费法”大病保险制度。通过扩大报销范围、降低起付线、提高报销比例、取消封顶线等举措，实现了大病保障待遇水平大幅提升，全市职工大病综合保障水平最高可从70%提高到95%以上，城乡居民从60%提高到90%以上。已累计赔付250余万人次，为27.9万名大病患者减轻负担31.15亿元，极大地化解了群众因患重特大疾病家庭灾难性支出风险。今年以来，省委书记袁家军对金华构建以基本医保为主体、医疗救助为托底、“选缴保费法”大病保险为补充的“三位一体”全民医保体系给予批示肯定；省委改革办《领跑者》刊载金华“选缴保费法”大病保险做法，冯飞常务副省长批示：“此项改革很有意义，很显成效，应予推广”。成岳冲副省长专题来金蹲点调研2天，他评价：“金华这件事情做得好，是一个创举，大幅提升了大病保障水平，让参保人无病安心、有病放心”。国家医保局基金监管司司长黄华波专题来金开展调研，给予高度评价。

一、主要做法

（一）着眼于平稳过渡，建立以“一主多辅”为核心的大

病保险合作模式。

一是建立商保合作模式。《金华市大病保险实施办法》明确规定大病保险采取招标采购形式，向商业保险机构购买保险形式承办。同时为实现县级统筹到市级统筹过程中服务、管理、人员配置等各方面工作的平稳过渡，大病保险中标单位中国人寿金华分公司选取招标第二、第三名的人民财产保险金华市分公司、太平洋人寿金华中心支公司两家保险公司为合作伙伴，按照“统一运营、盈亏共担、服务选保、主保兜底”原则共同做好大病保险承办工作。二是建立统一运营机制。与承办单位共同建立市、县两级大病保险服务管理中心，制定统一人员管理、考核及培训制度，由市、县医保经办部门共同对派驻联合办公的大病保险服务人员进行管理，实现“统一承办机构、统一资金管理、统一基金核算”。人保、太保指定专人负责协助大病保险相关工作。三是建立定期例会机制。商保公司按季召开三方会议，沟通大病保险运营过程中存在的问题并协商解决，重大事项三方达成一致意见，形成书面协议予以确认，并由大病保险承办方向市医保部门做出书面汇报。

（二）着眼于健康可持续，建立以“盈亏共担”为核心的大病保险基金运行模式。

一是实行政保共担。为确保大病保险基金健康可持续运行，商业保险公司与政府盈亏共担。按照“收支平衡、保本微利、收益与风险对等”原则，盈亏分担比例控制在盈亏额的10%-15%，具体盈亏分担比例招标确定（首轮招标明确商保

公司分享盈余额的 10%，承担亏损额的 15%），其余由大病保险基金分享或承担，实现“政保”双赢。二是实行商保分担。为进一步减轻承办商业保险公司亏损风险，商保公司内部实行总、省、市公司按比例进行分担。根据商保公司间的三方协议，中国人寿承担比例为 64%，人保承担比例 20%，太平洋寿险承担比例 16%，有效实现风险分担。三是实行期满清算。大病保险可持续的核心是大病保险基金收支平衡，从更长周期（金华为四年）考虑基金平衡，既能提高基金使用绩效，又能达到大病保险承办方“收支平衡、保本微利”目标，因此金华大病保险基金清算在协议期内采取“滚动支付、期满清算”方式进行。同时，承办商保公司建立收支明细台账，在完成上年度收支结算工作后形成结算报告，作为协议期满清算的主要依据。

（三）着眼于方便群众，建立以“便捷高效”为核心的大病保险经办服务模式。

一是参保缴费“掌上办”。积极探索“简化办、就近办、联网办、联合办”等举措，在银行代扣基础上，在“浙里办”APP 上开通了大病补缴模块和大病选缴缴费模块，实现选缴缴费“零证明、零距离、零见面、零跑腿”。以市区为例，2020 年大病保险征缴期间新增或更改选缴份数的 9.4 万人次中有 9.1 万人次通过浙里办医疗保障专区办理，占比达 96.8%。二是就医结算“一站式”。2018 年之前，金华各地的大病报销均未实现“一站式”结算，要患者先行垫付费，医保年度结束后由承保公司统一清算支付，报销时间较长。实施全市统一的

“选缴保费法”大病保险后，全市域实行基本医保、大病保险、医疗救助、职工医疗互助、优抚待遇五医“一站式”结算，带给参保群众更加高效、便捷的医保报销体验。三是异地核查“系统办”。对于异地就医结算大额、可疑票据，充分依托第三方专业与渠道优势，通过承办单位调查系统代为核实，提高核实效率，加快报销结算速度。同时为确保大病保险基金赔付安全，规定承办商保公司主动开展稽核、监督等工作，单次医疗费用在3万元以上的稽核率不低于80%；大病保险赔付案件核查率不低于30%。

（四）着眼于规范安全，建立以“审核监督”为核心的大病保险内部运营模式。

一是建立运营费用预算审批机制。运营成本实行预算管理，由中国人寿金华分公司每年编制预算，市医保中心审核，报金华市医保局、市财政局批准后实施，从大病保险基金列支，主要用于保障人员经费、信息系统运维、政策宣传培训、档案管理、业务经办等。年度结束时，医保部门和财政部门组织人员对运营费用支出进行审核或委托第三方进行审计，确保运营费用支出合理合规。二是建立经办服务履约评议机制。每年第一季度召开大病保险履约情况评议会，由金华市医保局和财政局共同组织，各县（市、区）医保部门参加。对上一年度大病保险承办履约工作进行评议，对存在问题进行探讨、解决，并对下一年度大病保险工作做出安排。三是建立月度、季度运营情况汇报机制。承办商保公司按月向医保部门报告大病保险结报数据及工作开展情况。每季度提供

理赔支付、稽核检查等运行分析报告，对大病保险项目运行中存在问题提出建议和意见，不断优化服务。

二、主要成效

（一）较好化解了重特大疾病风险。

“选缴保费法”大病保险制度，在基本医保制度“保基本”基础上，针对重特大疾病患者就医负担重，家庭面临灾难性医疗支出的实际，通过扩大报销范围、降低起付线、提高报销比例、取消封顶线等举措，实现了大病保障待遇水平大幅提升。据统计，金华大病保险报销金额 20 万元以上大病患者 918 人，人均报销 36.3 万元，单人最高报销 158.8 万元。全市城乡居民实际报销水平在基本医保报销基础上平均提高 30 个百分点，较好化解了重特大疾病“灾难性医疗支出”风险。

（二）基本实现了广覆盖的预期目标。

一是选缴广覆盖。2018 年金华选缴保费人数 359.8 万人，选缴率达 70%；2019 年选缴保费人数 393.7 万人，选缴率达 77.6%；2020 年，选缴保费人数 404.2 万人，选缴率达 80.26%。二是受益广覆盖。全体参保人不区分病种，统一按费用额度实施保障，已为 27.9 万名大病患者减轻负担 31.15 亿元，凸显了大病保险受益广覆盖性。

（三）建立了稳定可持续的筹资机制。

大病保险基金实行市级统筹，统收统支，每年由当地政府下达参保、选缴率。基本保费缴费人数从原由各县（市）平均统筹人数 60 万人扩大到 500 多万人，选缴保费缴费人数超过 400 万人，为浙江省统收统支型参保规模最大的商保

险种。2018年、2019年金华大病保险基金收入合计24.9亿元，支出24.3亿元，实现了收支平衡。2020年大病保险人均筹资296元，个人缴费达251元，大病保险基金个人缴费筹资占比达85%，确立了以个人缴费为主的可持续筹资机制，完全符合国家改革发展方向。

（四）大病保险的社会协同效应不断显现。

我市政策明确，只有参加金华市基本医疗保险的人员才可以参加大病保险，进一步助推了全民医保，2018、2019年金华市基本医保户籍人口参保率分别为99.62%和99.91%，连续两年居全省第一。同时，大病医疗保险制度实施，每年为金华增加了15亿元保费规模，这15亿元又投入到商业健康保险、医疗服务领域，进一步推动了医疗卫生行业和商保健康行业发展。

从九个维度打造首都医保经办治理新格局

北京市医疗保障局医疗保险事务管理中心

自北京市医疗保障局成立以来，医保中心坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入学习贯彻习近平总书记关于做好医疗保障工作的重要指示精神，对标国家医保局、市委市政府以及局党组工作要求，从“九个维度”多管齐下，不断攻克医保经办工作中的难点、堵点、痛点，提升医保经办精细化管理服务水平，打造首都医保经办治理新格局。

一、提升广度、深度、高度，织牢首都医保经办保障密网

（一）应缴尽缴，应保尽保，彰显首都医保覆盖广度。

一是协调各方确保居民全面参保。集中参保工作政策性强、涉及链条广、社会关注度极高，按照职责分工，各区医保经办与人社保部门积极联动、协同作战，督导各街乡社保所和教育部门分别做好城乡老年人和劳动年龄内居民及在校学生的参保，确保参保不空位。二是“联网通办”落实十三类人群免缴助力脱贫攻坚。目前，市医保局会同民政、残联等部门进行了免缴人员系统对接，已形成截止 2020 年 8 月底 80 多万免缴人员数据库。同时横向协调收集汇总本区未参保免缴人员台账信息，纵向督导街乡社保所为其办理参保手续，确保本区免缴人员应保尽保。三是企业保费征收加强

与税务联动。企业医保费征收职责划转到税务部门，是深化党和国家机构改革的重要内容。今年与往年相比，缴费方式、渠道和时间都发生了变化，我市医保经办部门强化与税务联动，细化参保信息比对、缴费数据传递、到账处理、红名单生成等业务流程，确保与税务无缝衔接。

（二）总额预算，提质增效，挖掘首都医保管理深度。

2019年，我市总额控制管理升级为“提质增效、总额预算”管理，引导医疗机构由“增费增效”向“提质增效”深度转变：**一是全面强化预算管理**，将规模较大的社区卫生服务机构纳入总额预付范围，实现管理全覆盖、无死角；**二是完善质量评价体系**，与清华大学等高校合作，发挥专家智库作用，建立以质量为核心的费用核算机制，树立医保鼓励提质增效的价值导向；**三是加大超支共担比例，调整结余共享办法**，充分发挥激励约束作用。总额预算管理实施以来，指标结余的医疗机构覆盖面从2013年的27%逐渐增加至2019年55%左右，人均基金支出增速从改革前的19%降至5%左右，为历史最低水平。

（三）不折不扣，落实政策，展现首都医保政治高度。

一是认真落实“4+7”药品集中采购和使用试点工作。按照国家要求，根据《北京市落实国家药品集中采购和使用试点工作实施方案》，做好试点配套政策制定工作，研究出台了北京市“4+7”集中采购医保基金预付方案和奖惩方案，并依据方案内容进行费用预付和奖惩管理，保障试点工作平稳落地。**二是稳步推进医耗联动综合改革。**为保障我市医耗联动

综合改革顺利实施，按照“一降低、一提升、一取消、一采购、一改善”的改革内容，深入分析评估医疗服务项目价格上涨对费用的影响，在广泛征求定点医疗机构及行业专家意见的基础上，对于受改革影响较大的精神病定额付费和单病种付费重新测算并制定支付标准。

二、提高准度、精度、力度，打牢首都医保经办管理根基

（一）动态调整，有进有出，打造首都医保管理准度。

我市现有定点医疗机构 2939 家，其中三级定点医疗机构 110 家，二级 123 家，二级以下 2706 家。为改革现行定点医药机构协议管理准入多、退出少、动态调整不够的现状，结合国家对基金监管和协议管理的要求，在现有的定点医疗机构协议管理的基础上，以对定点医疗机构信用监管为切入点，引入第三方专业机构，制定综合评价指标体系，建立定点医疗机构的动态调整机制，对定点医药机构的医疗质量、诚信履约等情况进行综合评价。一方面，建立定点医疗机构的综合评价体系，对定点医疗机构进行量化评分；依据评分结果，按照“总量平衡，动态调整，略有增加”的原则，对现有定点医疗机构进行动态调整，优胜劣汰。另一方面，通过综合评价，强化定点医疗机构自我管理的主体责任，规范医疗服务行为；从粗放管理转向精细化管理，细化对定点医疗机构违规行为的处理标准。

（二）多元复合，改革付费，构筑首都医保改革精度。

率先进行 DRG 付费方式改革。我市自 2011 年在 6 家三

级综合医疗机构选择了 108 个病种组进行 DRG 付费试点，2018 年在全市 36 家三级综合医院开展了 312 组 DRG 收付费模拟运行，经过多年的探索实践，我市 DRG 支付工作走在了行业前列。国家医保局在我局设立了 DRG 付费国家试点技术指导组，承担国家 DRG 分组标准研发和日常维护工作。邀请了 243 位临床、医保、病案领域专家共同参与临床论证。制定了 376 组 ADRG 分组方案及 618 组细分组方案。完成了 30 个试点城市的培训、调研及模拟运行评估工作。进一步完善多元化、复合式付费体系。针对不同医疗服务特点，积极推进定额付费、单病种付费等医保支付方式改革。对于出入院标准比较明确、诊疗技术比较成熟的常见病、多发病实行单病种付费。创新精神病住院支付办法，采取急慢分管的复合式支付方式，长期住院按床日定额付费，短期住院模拟 DRG 付费并按项目进行结算。此外，为促进分级诊疗，支持基层医疗卫生机构健康发展，我市正在积极探索对糖尿病、高血压两种慢性病在社区卫生服务机构实行按人头付费，目前已初步形成实施方案。

（三）重拳出击，打击骗保，加强首都医保治理力度。

一是强力打击欺诈骗保，确保基金安全。2019 年，联合市卫生健康委、市公安局等 7 个委办局开展打击欺诈骗保专项工作，通过发现一批、查处一批、公布一批、防范一批、教育一批、移送一批的“6 个一批”，形成高压震慑。2020 年，继续巩固打击实效，建立健全了闭环式监管机制，针对不同规模、不同办医主体的定点医药机构，分类制定专项治理工

作重点，实现监管形式多样化。截至目前，共对 1992 家定点医疗机构的不合理支出拒付或追回医保基金 6495 万元，对存在严重违规问题的 37 家定点医疗机构给予严肃处理。二是**狠抓智慧医保建设，提升精准监管水平**。不断升级完善医保信息系统，加强医保费用智能审核。以大数据作支撑，对就医行为异常的参保人员进行提示，对跨险种、超量、重复开药等 21 类违规行为即时自动识别，并按自动拒付或标识可疑数据方式处理，通过“事前警示、事中管控、事后审核”进行全程智能监控。实施全市定点医疗机构医嘱信息共享，启动审核结算跨院违规开药自动提示，医保内跨院违规金额从 2019 年初每周 184.15 万元降至 12 月全月仅 101.52 元。

三、强化温度、速度、粘度，把牢首都医保经办服务方向

（一）全力抗击疫情，突显首都医保温度。

面对突如其来的新冠肺炎疫情，首都医保经办快速响应，全力做好疫情防控医疗保障经办工作。一是**确保医院放心救治**，第一时间拨付医保基金 21.4 亿；面对疫情常态化对医疗机构的考验，加大医保基金预付力度，对佑安医院等 56 家定点医疗机构提前预付医保基金共计 40.3 亿元，促进医疗机构尽快恢复资金正常运转。二是**确保患者放心就医**，将新冠肺炎治疗药品全部临时性纳入医保基金支付范围，保证及时支付费用，打消患者就医顾虑。三是**确保市民放心预防**，出台“京医保十二条”，提倡“不见面办”、“延期办”、“放心办”，推行视病情适当增加开药量、网上办理定点医疗机构变更等举

措,全面优化疫情期间医疗保障经办服务。**四是确保企业放心复工**,对北京市所有参加城镇职工基本医疗保险的用人单位,2020年2至6月的职工基本医保单位缴费部分实行减半征收,累计为企业减负达261.5亿元。

(二)快速打通“互联网+”医保服务,凸显首都医保速度。

为贯彻落实市委市政府关于加强疫情防控工作的决策部署,方便广大参保人员就医购药,加班加点,利用12天打通了首家“互联网+”医保服务,将开展“互联网+”医保服务的定点医疗机构纳入协议管理,互联网复诊费用可在线结算、实时报销。截至11月16日24时,7区22医院通过互联网诊疗共接诊33481人次,发生费用1311.6万元,其中医保支付690.7万元。

(三)持续推进跨省异地就医直接结算,增加首都医保粘度。

一是落实基本医疗保险跨省异地就医住院医疗费用直接结算。2017年6月底,我市基本医疗保险面向异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员和异地转诊人员等四类人群实现备案全覆盖,可为我市参保人员异地就医提供直接结算服务;2017年7月底,我市共有住院业务的定点医疗机构670余家均纳入直接结算定点范围。截至目前,直接结算定点医疗机构纳入数量和直接结算就医发生人次两项重要指标均位于全国前列。**二是推进京津冀基本医疗保险跨省异地就医普通门急诊医疗费用直接结算**。2020年1月1日,京津冀基本医疗保险跨省异地就医普通门(急)诊医

疗费用直接结算试点运行工作正式启动，我市率先选取异地就医需求较大的北京协和医院，作为首批试点医疗机构开展试运行，并积极配合河北开展京津冀门诊直接结算现场测试工作。目前，北京在 10 家医院开通京津冀门诊直接结算的基础上，又验收通过 8 家。

下一步，我们将继续深入贯彻落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，坚持以人民健康为中心，向改革要红利，向管理要效益，向创新要活力，向服务要满意，充分发挥医保基金战略性购买作用，奋力推进首都医疗保障和医药服务高质量协同发展，促进健康中国战略实施，使首都百姓有更多获得感、幸福感、安全感。

精细化管理推动精准资助 让困难群体应保尽保

安徽省六安市霍山县医保中心

参保缴费是城乡居民医保工作的重要内容和基础性工作之一，事关群众切身利益，事关医保资金安全，事关医保制度持续健康发展。对困难群体参保缴费的个人部分实行资助，是党和政府的重大决策，是落实“以人民为中心”发展思想的重要体现。在实际工作中，如何落实资助参保政策，在确保应保尽保、避免脱保漏保和减少重复资助、保障资金合理支出间取得一致，实行精准资助，一直是居民医保参保缴费工作中的痛点和难点，霍山县医保局针对问题产生原因、开展源头治理、创新机制体制，实施精准资助，取得积极成效。

一、传统经办四大难，精细管理何从谈

在既往的居民医保参保缴费工作中，针对困难群体资助参保，主要有两种方式：第一种是群众先全额自缴，而后由各部门将资助的参保金打卡返还给群众。这种方式由于部分群众有多重身份属性，各主管各司其职、数据难以交互共享，容易造成重复资助资金浪费，且后续打卡的工作量极大，不主动缴费的群众易造成漏保等多种问题。第二种是群众只交自己承担的部分（全额资助的不用缴费），乡村综合判断后上报受资助人员名单，资助资金由统一划拨至医保基金专户的

方式。较第一种方式，这可以有效减少重复资助、脱保漏保等情况的发生，还避免了后续打卡返还的大量工作。因此，我县主要采用第二种方式进行，但在实际工作过程中，乡村两级干部也普遍反馈仍然存在四大难题：

一是受助人员确认难。参保筹资政策往往只规定受资助人员的条件、范围和身份属性，而具体符合条件的人员名单和管理情况则由各主管部门掌握，加之部分人员的户籍地、居住地、参保地等不一致或时有变更，人员流动性大等因素，乡村经办机构难以准确掌握本辖区符合条件的所有受资助人员的详细情况。

二是资助途径选择难。由于部分困难群体具有多重身份属性，诸如既是特困供养人员、又是重点优抚对象，还是重度残疾人等，且政策层面不同属性的资助待遇不同，甚至有的已参加职工医保等，该不该资助参保？该由何种途径资助参保？乡村经办机构难以准确界定。

三是动态调整适应难。由于困难群体是否享受相关待遇，各主管部门都是按月动态管理的，时有增减，加之居民医保参保筹资时间跨度过长，往往持续 3-5 个月，对参保对象是否符合资助的确认难以适应部门的动态调整。如果随之动态调整，对有些群众势必会面临着“前期收了后期退、前期退了后期收”的尴尬境地，既激化了干群矛盾，也给票款的管理带来极大的混乱。

四是重复身份剔除难。对具有多重身份属性的，保留一个途径资助，可以避免资助资金浪费，综合比对剔除重复身

份，是必由路径。由于分属不同部门管理、乡村难以实时获取相关数据资源，缺乏综合比对的必备技能，加之个别部门的原始身份信息有误，导致综合比对难、剔除重复难，重复资助、脱保漏保情况偶有发生。

二、细化政策出真招，源头治理解难题

针对乡村干部普遍反映的四难问题，县医保局深入研究、逐条梳理、统筹谋划，从完善政策、优化流程、提供支持三个维度，予以妥善解决。

一是完善政策、细化方案。全面梳理现行的各级城乡居民医保参保政策，对我县的政策进一步优化完善、细化实施方案，多方征求意见，报政府常务会议审议通过后，作为乡村经办的行动纲领和业务指南。

针对资助身份认定难。明确不同资助对象的确认责任单位和确认依据，明确特困供养人员、低保对象、农村建档立卡贫困人口、重度残疾人、重点优抚对象等五类资助对象分别由民政、扶贫、残联、退役军人等管理部门负责确认。

针对资助途径选择难。明确群众利益最大化和权利义务对等的资助原则，对其中有多重身份属性的，优先从资助待遇高的类别及相应渠道资助参保，不予重复资助；对虽为资助参保对象但未缴纳个人应承担参保费用的，不予资助；对身为机关事业单位工作人员已重度残疾人和重点优抚对象等有职工医保的、以及企业退休有职工医保的等不再资助参加居民医保。

针对动态调整适应难。明确受资助对象由各主管部门依

据截至筹资工作开始当年 8 月 31 日在册的名单确定，名单一旦确定后，依据不增不减的原则不再随着后期的动态调整而调整，一把尺子量到底，但新增的建档立卡贫困人口除外，可适时纳入资助。对当年的退役军人，由退役军人主管部门待其退役落户后予以资助确认，统一办理参保接续手续。

二是主动作为、提供支持。既往的参保筹资县级医保部门主要负责政策拟定、组织协调和业务指导工作，具体业务经办有乡村两级负责。在针对重复身份剔除难的问题上，县医保局充分认识到仅靠乡村两级的数据资源和技术能力是难以解决的，便及时组建了工作专班，提供必要的技术支持，统一从各主管部门拿取数据，综合比对，依据最惠群众的资助途径，剔除重复身份、剔除已参加职工基本医保的人员后，确定拟资助参保人员名单下发乡村使用。

三是优化流程、规范管理。明确资助参保对象按管理属地在所属村居或社区就近线下参保。明确参保票据填写规范，按资助对象的身份属性、资助资金的来源和个人应缴费用情况分类开具参保票据。要求乡镇村或社区对下发的拟资助参保人员名单进一步核实，剔除已死亡人员后作为最终资助对象，其个人缴费资金由乡村统一收取后汇缴税务金库，资助资金由乡镇上报名单，经医保部门审核确认报财政部门统一汇缴税务金库。

三、主动作为强担当，精细管理显成效

2021 年度的城乡居民医保参保工作启动伊始，县医保部门就主动作为，依据优化完善后的筹资政策和管理经办流程

实行精细化管理，对各资助对象管理部门提供的 55911 人在册数据反复比对确认，同步纠正其个人错误信息 331 人，剔除已参加职工医保 379 人，剔除具有多重身份属性 13961 人，确认符合资助参保条件共 41571 人，将拟资助人员的详细名单、资助渠道、资助标准、个人应缴费用等关键信息下发乡村，供参保缴费使用。

通过参保筹资政策的细化完善、管理流程的优化改进，实施精细化管理以后，我县困难群体的参保信息更准确、资助参保更精准，既维护了困难群体的切身利益、确保了应保尽保，又维护了资助资金的合理使用、避免了重复浪费。同时，极大的减少了乡村两级的工作量和可能产生的干群矛盾，受到各级部门、干部群众的极大好评和大力支持。

小系统 大便利

湖南省湘潭市医疗保障事务中心

“我吃了三年的正版药，房子吃没了，家人吃垮了……”电影《我不是药神》中的一句台词道出了患肝癌、肺癌、淋巴瘤、白血病等大病和戈谢病、庞贝病等罕见疾病人员的心声。一支(盒)药需要几千到上万元，“尼洛替尼”等“天价药”，压垮了许多家庭最后的希望。

为切实减轻这类人员医药费用负担，2016年起，湖南省将“尼洛替尼”等16种特殊药品(简称特药)纳入大病保险支付范围，目前已经增加到了88种。有报销了，“天价药”敢吃了。但是从申报到评审通过纳入大病保险支付范围，基本需要等待一个月。垫付资金是一大笔钱，怎么办？跑到医院又跑到医保经办机构备案，时间不允许，怎么办？湘潭市医疗保障事务中心在开展“不忘初心牢记使命”主题教育中，听民意解民忧，开发出大病特药评审系统，为特药患者提供精细化服务，切实解决了这类人员的烦心事、揪心事。

一、创新评审方式，等待时间缩短了

2019年，湘潭市有1928人次申报使用大病特药。李某就是其中一个。他不幸患上了“肺腺癌并脑转移”，发现的时候是晚期，已经有脑部的多处转移。在传统的治疗中，因转移已经失去了手术指征，治疗的希望很渺茫。“吉非替尼”作为肺腺癌的靶向药，成了他唯一的希望，但高昂的费用也成

了他和家人巨大的压力。他的家人通过特药责任医生了解到这个药可以报销，马上到医师那里进行申请，7 个工作日，他就得到了评审通过的结果。

“真是太方便了，听说以前没有网上评审，得等 20 多天时间！如果我也等 20 多天，就得筹钱买药了”。大病保险特殊药品有严格的限制使用条件，特药责任医师申请后，医保经办机构还需组织专家现场集中评审。现场评审模式下，病人或家属要到医生处办理申请，再到医院医保办审核，然后将资料送到医保经办机构，评审结果出来后，还需到经办机构领取结果通知单。不仅跑路多、等待时间也长。湘潭市医保经办机构经过 3 个多月时间，组织开发了特药网上评审系统，大病患者只需到医院申报即可，专家进行线上评审。手续简化了，评审等待时间更是由 20 个工作日缩短到了 7 个工作日左右，真正的“零跑腿、少等待”。

二、评审客观公正，结果更加精准了

传统模式下，每个月组织一次专家现场集中评审，涵盖了 10 余个病种的病历。由于医师时间难以统一和人手的限制，如果当月一个病种，比如仅有一份眼科病种申报资料，基本上只邀请一名眼科专家，并由其他专业专家共同认定。实现网上评审以后，一份病历至少有 3 名责任医师进行线上评审，而且评审医师是随机抽选。线上评审专家意见不一致的，再组织专家集中进行现场评审。这种模式保障了评审过程的公正性和评审结果的精准性。2020 年 1-10 月全市 2530 人次申请使用特药，其中 32 人次因不属于限制使用范围未

予以通过。

目前，湘潭市有 42 名特药责任医师，覆盖肿瘤科、内科、外科、儿科、妇科、眼科，均是由三级医院相关专业的副主任及以上医师（含个别专业的二级医院科主任）担任，确保了医生的权威性和专业的全覆盖。

三、费用直接结算，垫付压力变小了

湘潭市按照信誉良好、管理规范、基础设施完备（如冷链产品应具有相应配送服务能力）的要求，以“相对集中，便于管理”为原则，确定了 6 家特药门店负责特药供应。过去因评审时间长，大病患者需要自己先垫付特殊药品费用，然后再拿发票等资料到医保经办机构报销，垫付压力大。现在评审时间大大缩短了，评审通过后，大病患者凭社会保障卡就能直接在特药供应药店刷卡结算，只需交纳个人自负费用，无需垫付费，也无需跑腿报销。

为了更加方便大病患者，湘潭市将大病特药评审系统延伸到特药供应药店，患者也可以在药店直接打印个人评审结果，药店也可以准确无误调取患者身份信息和用药信息，有助于规避甲卡乙用、用错药的现象发生。同时，湘潭市医保经办机构将特药供应药店纳入重点监管范围，要求药店认真核对参保患者身份，做到“人、证、卡”相符，真实记录病情、开药时间和剂量等，监管部门不定期检查，防范医保基金流失风险。

四、自由时间评审，医生不用跑腿了

过去每月邀请十多个特药责任医师现场集中评审，平均

每次要半天以上。特药责任医师都是高年资副主任医师以上职称，承担了繁重的医疗任务，尤其是外科专业，都要手术主刀，参与现场集中评审需要消耗他们很多的时间。

现在通过网上办公，大病特药责任医师可以利用空闲时间在单位登录评审系统，随时评审，不用专程抽出时间并跑到医保经办机构，参加耗时半天以上的评审工作，工作效率提高了，医师也节省了大量的来回跑腿时间成本。

南京市医保智能监控系统建设情况

江苏省南京市社会保险管理中心（医疗保险管理中心）

为落实国家、省加强医保监控系统建设的有关要求，提升医疗保险稽核监管的信息化水平，我市从 2015 年起建设医疗保险智能监控系统，使用医疗保险医疗服务监控规则，创新全方位多层级的审核方式，以医疗服务行为的事后监控为重点，兼顾事前、事中监控，对医疗服务环节、医疗服务参与方实现全面监控和智能稽核管理，有效遏制违规行为发生，确保医疗保险基金安全运行，达到“业务全面覆盖，流程规范通畅，监控准确高效，评价机制健全，分析决策智能”的五大目标。

一、系统建设情况

（一）智能监控系统

智能监控平台以监控审核稽核为核心应用，涵盖医保监控审核及所有相关业务，并实现系统平台间信息交互，汇聚生产库所有相关数据，实现对医保监控的一体化管理服务。目前建有以下重点功能模块：

1.DRGS 电子病案首页信息采集平台。现已完成电子病案平台搭建，所有拥有住院资质的定点医疗机构可通过接口的方式进行病案首页上传。截止 2020 年 9 月份，共计 150 家定点医疗机构上传了 116.46 万份病案首页。

2.医疗保险基金运行分析。已开发完成职工医疗保险基

金运行总盘年度分析及月度分析，专项分析。基金分析系统涵盖 170 个字段月度及年度运行报表、45 张分析图的基金分析。通过基金运行分析，找出存在的问题，明确基金监管的方向，维护基金安全。

3.事前、事中监控及信息推送。为加强对定点医药机构医疗行为的全程监管，确保医保基金的合理支付，我中心医保监控工作由事后向事前、事中推进。事前、事中监控系统已于 8 月 18 日平稳上线。目前在江苏省人民医院、东南大学附属中大医院、南京鼓楼医院、江苏省中医院、江苏省中西医结合医院、南京市第一医院、南京市红十字医院 7 家医疗机构进行试运行。运行“跨机构大型检查超次数”和“跨机构药品超量”两条规则，分别在医师工作站和收费处设定实时违规提示。现行监管范围为职工和城乡居民基本医疗保险，医疗类别为门特、门大和门慢。试运行平稳两个月后，今年十月份将在所有三级医院推广，明年实现所有医药机构全覆盖，同时监控范围明年扩大至职工及城乡居民保险门诊统筹。截止 9 月，试运行 7 家医院共产生 12 万余条疑点数据，涉及疑似金额 2898.79 万元。

4.与视频监控的对接及展示。根据“短时间连续刷卡频次高、在特定时间刷卡异常、同一张卡同一天不同机构刷卡超 5 次、同一张卡同一天同一机构刷卡超 5 次、同一卡单次金额超量”五条规则按天检出违规数据。通过数据与视频相关联，每条违规数据均可反馈出现场视频片段，极大便利人工审核和药店自查，有效开展精准扣减。截止 9 月，共产生 24112

人次疑点数据，经审核，确认违规数据 128 条，涉及违规药店 24 家，涉及违规金额 10.98 万元。

5.药品进销存管理。进销存平台搭建完毕，通过对药品进销存进行监控与统计分析，与药店结算数据进行比对，系统能够自动发现此类行为，从而对此类违规进行筛查。现已完成三家药店上传试点工作。

6.警界标志设置。对内已完成对每月数字设置警界标志，如抽取医院家数和数据量等进行预警，避免重复或遗漏。对外完成民营医院每日刷卡量及金额预警，对异常刷卡量及金额给予提示，给稽核业务人员检查提供线索。

7.单病种分析管理。对 2016-2018 年单病种单据进行系统分析，构架形成病种审核的疑似及确定项目分类体系，逐步建立南京特色单病种知识库，为下一步病种的扩大及审核提供依据。已完成病种筛选及 6 个病种数模，后期将扩大至所有病种。同时完成搭建病种分析系统，分析各病种的基金支付情况，包括均费用、药费、诊疗费等构成各病种运行情况。

二、建设特点和相关成效

南京医保智能监控经过五年建设，已建立成为“险种与地区全面覆盖、制度与机制统筹推进、监控与结算同步抽取、新规与旧则交替衔接、事前与事后全程监管、数据图像有效结合、宏观与微观同步兼顾、外管与内控两者并举”为 8 个特点的医疗保险智能监控系统。2016 年—2019 年，通过智能监控系统分别扣减 1267 万元、736 万元、1056 万元、1454 万

元。2016年—2019年，医疗总费用增幅分别控制在11.77%、7.89%、14.6%。2016年—2019年，住院均次费用分别为15182元、14519元、14929元、15817元，增幅分别控制在-4.37%、2.83%、5.9%。

（一）业务覆盖全面——险种与地区全面覆盖。

监控对象涵盖全市13个区，监控范围覆盖职工医保、居民医保、生育保险，包括异地就医来宁医疗费用，真正意义上实现市级统筹下的全面覆盖。

（二）流程规范畅通——制度与机制统筹推进。

先后制定下发《南京市社会保险医疗监控管理办法（试行）》（宁社险管〔2018〕51号）、《南京市医疗保险视频监控定点零售药店管理办法（试行）》（宁社险管〔2019〕40号）等相关文件，明确监控审核、申诉、扣减机制，规范操作标准。同时，定期对区级经办机构进行培训和指导，实现市级统筹后监管的标准化、规范化、一体化。

（三）监控精准高效。

1. 监控与结算同步抽取

智能监控系统与金保结算交易系统的数据对接，挂号、病种、结算、参保人员、处方等、三个目录、医疗机构等数据，经生产库进行实时同步抽取。

2. 新规与旧则交替衔接

在原14条规则基础上，2019年以来，通过梳理物价文件、省药品目录等相关文件，新增8条扣减规则，如“门诊、购药违规使用恶性肿瘤药物”、“住院单日手术重复”，实现规

则动态更新，做到更全面、更精准、更有效。2020年，为提高监控系统效率和检出速度，暂时冻结2条检出率较少规则，视情不定期恢复的运行，采取循环运行规则的原则。

3.事前与事后全程监管

对医疗服务进行实时全过程监管，实现对医疗服务行为的事前提醒、事中监控预警和事后扣减。事前对不同医疗机构就诊信息共享提醒。事后针对发现的疑点或违规重点、大数据分析的异常数据，结合医保AI视频分系统进行取证，并针对重点人员、重点区域进行布控。

4.数据与图像有效结合

扩展完善医保智能监控和数据挖掘功能，通过基础数据指标和监控规则的运用，对全市具备“门慢”、“门特”服务资质的定点零售药店及一级（含）以下具有“门慢”、“门特”服务资质的定点医疗机构实现视频监控。

（四）决策分析细致——宏观与微观同步兼顾。

建立总盘分析系统和专项（个案）分析系统，总盘分析为针对全市医保基金支付在医疗机构等级、医疗费用类别等方面的变化进行分析，专项分析针对个体医疗机构尤其民营医院近期人次、费用的分析，体现宏观微观相结合，全面精准分析基金运行情况。

（五）评价机制健全——外管与内控两者并举。

外部管理为通过监控系统对定点医药机构履行协议情况进行监管，监管其合理收费、合理检查、合理用药、合理治疗等行为。内部管理为监控规则的有效性、审核的完整性

以及申诉返还流程的规范性进行实时检查调整，确保监控的精确化、合理化。

打造异地就医优质服务现代化样板城市

江苏省徐州市医疗保险基金管理中心

2017年起徐州市作为国家第一批异地就医5个试点城市之一，从围绕让群众在异地就医联网结算中“刷上卡、快刷卡、用好卡”，逐步扩大联网地区和结算种类范围，到立足异地就医服务便捷性、政策受益性以及基金可持续性矛盾平衡找准立足点，在先行先试的基础上实现异地就医经办服务规范化高效运行，徐州医保为其他地区提供了成功范本，让异地就医这一民生蓝图尽早在现实生活中落地生根。

一、徐州异地就医的经办特点

（一）“简”、“快”、“灵”把握经办服务的便捷性要求。

针对异地就医直接结算群众反映的堵点、痛点问题，消除群众在异地就医过程中“跑腿、垫资”等困扰，着眼“简”、“快”“灵”充实提升业务经办质效。“简”即提升异地就医人员医疗服务的可及性，降低群众办事难度，取消或缩减不必要、不重要的条件限制和材料证明，完成堵点“清零”和程序“瘦身”，让群众轻轻松松异地就医。“快”即满足群众对异地就医快速办理业务的需求，通过“不见面”业务办理提效，及时快速响应处理群众线上问题，1日内快速制卡并免费邮寄到家，OCR扫描系统实现零星报销10个工作日内完成从材料受理到费用支付。“灵”即伸展触觉敏锐捕捉信息，敢于突破陈规、灵活应对，最大化满足群众需求，如提供“网上办”、“掌上办”

等多途径备案渠道解决群众“不跑腿”的诉求，针对“两类人员”采取承诺制备案开辟特殊通道，通过邮寄材料让群众在异地也可办理零星报销业务等。

（二）“同等化对待”确保政策公平和群众真实受益性。

随着异地就医工作的深入和跨省异地就医人群的增加，直接结算中待遇差、谈判药品的直接结算、病种结算等问题逐步凸显，经办服务不仅要在便捷性上跟进群众要求，更要在异地就医政策的公平合理性上逐步修正完善，以“同等化对待”方式保证群众实质性受益，逐渐消除群众异地就医在参保地和就医地之间不同待遇差异等问题。如针对医用材料分类导致异地联网结算报销比例严重偏低的问题，有群众反映直接刷卡结算还不如回参保地零星报销合算，我市在 2019 年 3 月将人工关节及其配套材料等 6 种医用材料项目确定作为复核补差的材料项目，凡涉及相关材料给予补差报销处理。此外，为体现一致性，我市推行“一单制”结算，无论在市外还是市内就医，均实现了普通门诊、门慢、门特、大病保险、补充保险、公务员补助、医疗救助等各项待遇的“一站式”、“终端式”结算，大大提高了异地就医直接结算质效。为异地就医人员保留“双向刷卡”权利，除就医地用卡外，参保人员返回参保地在药店、医院门诊皆可刷卡使用。

（三）保持经办严谨和异地监管警觉确保基金可持续性。

跨省异地就医直接结算，是医保基金监控的重点和难点，更是监管的薄弱环节，高水平推进异地就医经办管理水平，防止医保基金跑冒滴漏、杜绝浪费，更加不能忽视监管这把

利剑，时刻压紧经办严谨和监管警觉的神经发条不懈怠，屏蔽监管“盲点”、“盲区”，坚实筑牢基金安全防线。在异地监管上，采取：其一，实施分级对待。按照一般关注、重点关注、高度关注3个类别对异常就医行为进行分级标识，对一般关注的异常就医行为通过函件等形式，委托就医地进行费用协查稽核；对重点关注、高度关注的异常就医行为派出精干力量，赴就医地实地稽查。其二，委托商保协查。委托我市城乡居民大病保险中标的保险公司及就医地经办机构，对异地就医发生的外伤、大额零报单据进行重点协查。其三，加大责任追究，针对被查实的侵占医保基金的行为，严格按照有关规定处理，对违规的异地定点医疗机构，告知就医地医保部门加强管理。其四，加强监管探索。和有条件的地市探索建立异地监管互动联查机制，与宿州医保局磋商起草了《医疗保障协调发展机制框架协议》文件，尝试开展区域性协作监管等。出台《异地就医外来人员稽核管理办法》，将外地来我市的异地就医人员纳入到我市智能化监管范围，通过定点机构远程视频监控、网上监控和数据挖掘系统等，及时发现异地就医异常行为。

二、徐州异地就医的经验做法

异地就医联网直接结算是党和国家重点推动的一项重大民生工程，涉及人民群众的利益，政治站位高、政策力度强，徐州作为江苏省的试点城市之一，大力推动这项“总理工程”充分彰显徐州做法，徐州医保局副局长黄广振在接受记者采访时一再表示“要把徐州建设成为全省乃至全国异地就医

的先行地和示范区”。

（一）贯彻群众至上，加强民生工程试点推动。

以民生为导向，遵循优先发展理念，坚持稳中推、动中推，着力将试点工作推上前沿。徐州曾先后取得接入国家异地就医平台第一批城市、原新农合人员跨省异地就医第一单民生工程刷卡结算、第一家实现转诊转院医院段备案、第一单长三角地区异地门诊联网成功结算等多项“全省第一”，不断刷新作为江苏省异地就医主要试点城市的坐标。此外，长三角跨省门诊试点率先实现与上海市、浙江省、安徽省门诊刷卡互通，此项目荣获 2019 年度徐州振兴老工业基地创新奖。截至目前，徐州参保在外人员近 6 万人次使用长三角跨省门诊平台。今年按照省局要求，除完成异地就医系统升级外，我局还承担省内异地就医药店持卡结算和长三角互联网医院异地门诊试点等“前沿”试点攻关重任。

（二）坚持优先覆盖，扩展联网机构和人群数量。

2019 年《政府工作报告》提出：“要抓紧落实和完善跨省异地就医直接结算政策，尽快使异地就医患者在所有定点医院能持卡看病，及时结算”，为贯彻这一部署，我市制定了《2019 年徐州市异地就医工作年度计划和工作方案》，按照国家局和省局下达定点医院联网 100%全覆盖的要求，抓紧完成序时进度和扩容任务，截至目前，徐州有 471 家定点医疗机构，陆续接入长三角跨省门诊联网平台；196 家定点医院陆续接入了国家异地就医联网平台。为有效覆盖全险种参保人群，2018 年利用城乡居民整合之机，成功将原新农合人

员异地就医备案信息上传，实现异地就医的全险种覆盖，使参保群众能够充分享受到国家异地就医网络建设的服务。

（三）加强需求牵引，不断升级经办服务效能。

紧紧围绕着群众的需求“指针”，牢牢把控经办工作服务的“方向盘”，业务持续提效，最优服务不设上限，优化升级一直在路上。徐州作为全国最早的无障碍备案行动7个城市之一，不断优化营商环境，推出了“不见面”业务办理、免费寄卡、开通“双向刷卡”等一系列便民举措。2017年徐州开展跨省住院直接结算工作以来，作为就医地“一单制”结算异地人员51835人次，涉及费用95751.02万元；作为参保地结算42278人次，涉及费用111757.65万元。长三角跨省门诊开通以来，徐州作为就医地共“一单制”结算异地人员795人次，涉及费用15.43万元；作为参保地结算63481人次，涉及费用1640.36万元。

（四）完善体系建设，通力保障各环节畅通。

为全力支撑异地就医直接结算，重点抓好5个环节。一是拟定政策。对异地就医登记备案、基金结算、就医管理、稽核监督等流程环节作出明确规定，确保全市异地就医工作有据可依。二是配强人员。经编制部门批准，市医保中心内设了异地就医管理科，配备了专职在编及聘任人员负责全市异地就医工作。三是依托信息。加大信息保障力度，贯通信息各节点接口和互联共享，确保系统平稳运行，从而实现异地就医登记备案、出院结算等功能不断提升。四是督导规范。以市级带动县（市）区，通过建立协调机制和专项督导等，

按统一标准、统一进度整体促进全市异地就医工作良性运行。
五是加强宣传。通过电视、报纸、网站、微博、微信公众号等多元化宣传策略，提升广大群众对异地就医政策的知晓率等。

无锡市稳步推进 DRG 付费改革国家试点 助力医保患三方共赢

江苏省无锡市医疗保险基金管理中心

无锡市积极探索医保支付方式改革新路径、新方法，于 2018 年启动“DRGs-PPS”项目试点，2019 年成为 DRG 付费国家试点城市。2020 年 1 月，DRG 国家试点城市 2019 年推进落实情况评估结果发布，无锡市被评为优秀。同年 11 月，无锡市被列为第一批具备模拟运行条件的试点城市。目前，已初步形成了医保基金有结余、医疗机构有盈余、患者负担可控的良好局面。

一、基本情况

自成为试点城市以来，无锡市确定 25 家二级及以上公立医院为 DRG 试点医疗机构，年医保统筹基金结算额度占全市 76%左右；确定 30 家 DRG 观察点医疗机构，包括二三级民营医院和部分社区卫生服务中心，并于 2020 年 1 月 1 日起在试点医院全面实行总额控制下 DRG 为主的多元复合医保支付。通过试点先行，观察点跟进，产生示范引领效应，凝练改革推进经验。

无锡市严格按照国家 DRG 付费试点工作要求，做好 DRG 分组器的部署对接和分组测算；构建总额控制下 DRG 付费为主的多元复合式付费模式，配套建立了较为完善的政策体系，包括付费办法、经办规程、DRG 专项协议等；搭建

覆盖全流程的 DRG 信息系统，实现了结算清单和电子病历上传、数据质控、结算付费、智能审核、绩效评估等 DRG 付费全过程的系统建设应用，其中，结算清单 190 项数据指标完全执行国家标准。

此外，无锡市还高度重视医保和医院的正向促进，开展多轮 DRG 培训和交流，引导医疗机构培养病案质控人才，加强医院内部管理。2020 年，试点医院 DRG 绩效分析实现信息系统院端实时反馈，多项 DRG 绩效指标较去年同期明显改善。

二、主要做法

（一）加强组织保障，形成工作合力。

无锡市成立了市 DRG 付费国家试点工作领导小组，组长由市长担任。组建了四个 DRG 技术指导小组，分别为技术标准小组（17 人）、医院指导小组（7 人）、联网信息小组（6 人）、培训评估小组（101 人），成员由市医保、卫健、人社的相关部门负责人和试点医疗机构医务、医保、临床、病案管理等专家组成，其中培训评估小组特别邀请 22 名北京知名专家，指导和带领本地专家开展工作，全面提升 DRG 工作能力和水平。

（二）建立工作机制，完善配套制度。

一方面，制定 DRG 付费国家试点工作实施方案，定期召开领导小组联席会议，搭建技术指导小组工作交流平台，发布试点工作通报，共同研究遇到的问题，会商解决办法，形成工作合力。目前，已发布 6 期试点工作通报。另一方面，

发布 2020 年 DRG 付费结算办法（试行）和经办规程等一系列配套政策，付费办法创新采取级别费率、基础病组、层级总额、考核清算系数等方式来实现平稳改革和防范 DRG 支付后的政策风险。

（三）严格贯彻标准，执行国家分组。

无锡市作为首批 8 个国家医疗保障信息业务编码测试应用地区之一，积极发挥两项国家试点间的融合和促进作用，今年 3 月 23 日起在全国率先切换应用国家医保版疾病诊断和手术操作编码等标准，5 月 20 日起 25 家 DRG 试点医院全部按照国家医保版编码标准上传医疗保障基金结算清单，并实现使用结算清单数据按 DRG 结算，整体入组率高达 99.84%。7 月底，30 家观察点医疗机构也基本完成结算清单接口改造，开始上传数据信息。完成结算流程的本地化改造，对 2017 年至 2020 年 6 月三年半的历史病案首页数据、结算清单数据以及医保结算数据的采集和编码映射工作，共计 1252850 份，并按照国家 CHS-DRG 细分组方案进行了多轮模拟分组和测算。经国家技术指导组评估，分组效能符合国家 CHS-DRG 分组规范。

（四）加强专项监管，防范制度风险。

为防范实施 DRG 结算支付后的制度风险，无锡市多措并举，制定了有针对性的监管措施，一是搭建 DRG 付费管理信息平台，实现结算清单和电子病历上传、数据质控、结算付费、智能审核、绩效评估等 DRG 付费全过程的闭环管理，并根据主要诊断、次要诊断和诊疗手术操作填报规则以

及结算清单信息和医保结算数据之间的关联关系，归纳设置逻辑校验规则，实现数据实时上传校验质控，有力提升了数据上报的完整性、规范性。二是**强化协议管理**，在2020年医保协议中增加DRG结算的专项内容，明确了试点医院的病案质控、信息上传、费用结算、监管要点等DRG付费相关要求和规范。三是**引入第三方力量**。在前期对试点医院2017年至2019年度的12123份病案进行DRG专项核查提升病案填写质量的基础上，通过公开招投标引入第三方参与DRG病案审核工作，解决经办人手不足的问题，已完成今年一、第二季度的DRG病案检查工作，共计核查4669份。对其中涉及高编高靠的病例，按照协议进行处理。四是**组织分解住院的专项检查**，对医疗机构同病种短时间内办理出入院现象进行专项检查，实施直接扣费处理。

（五）注重宣传培训，提升工作水平。

无锡市注重培训和宣传并行。在前期开展十余期DRG培训基础上，通过邀请国家医保局DRG专家授课和本地专家授课相结合，开展3期全市大型培训、4期本地专家培训和2期面向医疗机构的线上培训，覆盖全市医保行政、经办机构、DRG试点和观察点医疗机构相关人员，提升了本地人才队伍能力水平，增强试点工作知识储备和工作实效。此外，还专门建立“无锡市DRG数据质量管理交流群”，对存在的问题，安排本地专家解答，并由国家DRG业务专家作为保障。无锡市DRG试点成效，多次在无锡日报、江南晚报和微信公众号等媒体上专题报道。

（六）发挥正向引导，平稳推进改革。

无锡市高度注重医保和医院协作效应，2019年起，按月向试点医院出具 DRG 试行支付情况表，定期开展 DRG 工作总结会，分析试运行数据指标情况，引导医疗机构及时合理调整收治结构，发展自身学科特色，加强内部管理，充分发挥医保支付激励约束作用。2020年，实现了试点医院 DRG 绩效分析院端实时反馈，医疗机构可实时在线查询数据情况。

三、发展成效

一是有力促进了医院精细化管理。和去年同期相比，今年 1-9 月，25 家试点医院医疗效率、资源配置等 DRG 绩效指标明显改善。费用消耗指数同比下降 0.088，时间消耗指数同比下降 0.0187。住院医疗费用中药品、耗材、医技消耗指数同比下降 0.12、0.33、0.08。和原结算办法相比，25 家试点医院中 22 家医院职工医保超支减少，15 家医院实现职工医保结余。数据表明 DRG 改革激发了医疗机构内生动力，对医院合理调整收治结构、加强医院内部管理，提升医院治疗效率，促进医院管理精细化方面的作用逐步显现。

二是有效降低了患者的个人负担。从 1-9 月数据看，试点医院单位权重实际医疗费用 12470 元，和去年同期的 13442 元相比，单位医疗费用明显降低。试点医院参保个人负担率 12.07%，较去年同期下降 1.1 个百分点。DRG 付费改革发挥了医保支付的杠杆作用，消减不合理费用，降低了患者的个人负担，助力患者用更合理的价格享受高质量的医疗服务。

三是显著提升了基金购买的质量。今年 1-9 月份，试点

医院按 DRG 付费总额 26.79 亿元，占全市住院结算总额的 77.09%。25 家试点医院 CMI（病例组合指数）较去年同期提高 0.1024，收治病例难度明显提升。试点医院轻症组占比由去年的 9.96% 下降到 6.89%，三级医院轻症组占比由 8.42% 下降到 5.48%。同时，试点医院中三级医院的人次和费用占比同比下降 3.22% 和 3.48%，二级医院人次和费用占比略有上升。试点工作进一步助推了分级诊疗，让常见病、慢性病逐渐下沉，引导医疗资源合理配置，发挥了医保基金战略性购买和价值购买的导向作用。

下阶段，无锡市将积极贯彻落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》中医保支付方式改革的要求，进一步做实做细 DRG 付费国家试点工作，推进医、保、患三方共赢，努力把我市打造成 DRG 付费国家试点的先行地、标杆市，为国家推进医保支付方式改革作出无锡贡献。

以标准为引领，以群众满意为中心，打造“阳光医保 246”服务品牌

山东省邹城市医疗保障局

山东省邹城市医疗保障局坚持“一切以群众满意为中心”的发展思想，积极践行“不忘初心、牢记使命”主题教育成果，通过树标准、建平台、优服务、提效能，全力打造“阳光医保 246”服务品牌，全面提升医保经办服务标准化、专业化、信息化水平。

一、基本情况

为深化“放管服”改革，优化营商环境，立足于“跑一次”为上限、“不用跑”为常态的原则，邹城市医保局坚持问题导向、目标导向，勇于改革、积极创新，优化流程，倾力打造“阳光医保 246”服务品牌。“阳光医保”代表着医保人象阳光一样传递着社会主义国家党和政府医保的温暖大爱；体现着医保服务象阳光一样公正、公开、无私、无弊地普照每一位需要的人；也宣示我们医保人对工作象阳光一样高效、透明、廉洁为民的情怀；诠释出医保部门“医疗保障、阳光护航”的永恒宗旨。

“2”是指“两条线”：以建设医保服务标准化试点为主线，以构建“智慧云医保”服务平台为重点，聚力推进医保经办服务“线下办”更规范、“线上办”更便捷，实施“线上线下一体化融合式”办理。

“4”是指“四个最”：创新医保服务体制，全力打造“手续最少、流程最简、时限最短、服务最优”的“四最”环境。

“6”是指“六统一”：对医保经办事项实施“最优颗粒度”梳理，“统一事项名称、统一申办材料、统一经办方式、统一经办流程、统一办理时限、统一服务标准”，切实为广大参保企业和群众提供优质、便捷、高效的医保服务。

二、主要做法

（一）标准引领，构建医疗保障服务标准体系。

2019年9月，“邹城医保服务标准化”被山东省市场监管局列为省级社会管理和公共服务标准化试点项目。邹城市以此为契机，按照“标准引领、走在前列”的目标定位，将医保服务标准化与流程再造深度融合，把推进标准化创建与全面提升邹城医保服务质量工作目标紧密结合，创新研制医疗保障服务标准体系，建立了基础共性标准、管理和保障标准、公共服务标准、监督与评价标准等4个分体系，包含基础共性标准35项、管理和保障标准10项、公共服务标准32项、监督与评价标准7项，其中自主编写标准54项，收集的国家标准29项、地方标准1项；明确了服务机构和服务人员、服务对象与方式、服务内容与要求、服务监督评价与改进等7方面的要求，形成了一整套以公共服务标准为核心，以管理和保障标准、监督与评价标准为支撑，覆盖医保服务全过程的标准体系，助力打造邹城医保经办服务品牌。今年10月，该试点项目顺利通过评估验收，也成为山东省首批通过的医保标准化试点项目。

（二）提升基层服务能力，推进医保经办服务网络向基层延伸。

按照中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》，为构建统一的医疗保障经办服务体系，加快推进医保服务下沉到基层，2020年6月，邹城市政府下发了《关于推进医保服务站建设提升基层医保服务标准化水平的通知》，统一在全市16镇（街）、5家二级及以上医院设立医保服务站，做到“四统一”即：统一名称标识、统一场所设置、统一职责范围、统一经办标准。强化医保经办队伍，镇街参保人口5万人以下的，经办人员不少于3人，5万人以上的，不少于4人，目前基层经办队伍已达84人。同时每个村（居）明确至少一名医保代办员，共计897人，从而实现市（县）、镇（街）、村（居）三级全覆盖，真正把窗口服务搬到群众“家门口”。为确保各站能够提供高效、标准化的医保服务，研制了《医保服务站建设与服务规范》和《村（居）医保代办员工作职责》，将异地转诊备案、医疗费手工报销、门诊慢性病申报等十多项医保业务全部下放，做到能放必放、应放尽放，确保“把好事办好、让群众满意”。

（三）优化实体窗口服务，打造线下标准化示范窗口。

研制《窗口服务规范》、《办公场所与服务设施管理规范》等标准，全面加强窗口业务和标准化培训，推动窗口规范化服务，实现对工作人员的仪表仪态、服务用语、行为举止、工作纪律的标准化。优化窗口科学设置，按照前台受理、后台审核的模式，打破前台条块分割现状，整合为综合柜员

制，变群众“多头办理”为“一窗受理”，实现医疗保障“一站式服务、一窗口受理、一单制结算”。打造“阳光医保”自助服务区，集中式为办事群众提供自助服务、休憩休息、看书、医保政策展播等便民利民服务。设立志愿者服务窗口，为群众提供引导、“跑腿”服务；建立窗口无否决权、告知承诺等服务机制，为群众提供“店小二”和“保姆式”服务。

（四）构建“智慧云医保”服务平台，实现线上医保经办链条式服务。

以“互联网+医保”服务为抓手和纽带，2019年9月开通医保网上缴费端口，并以此为契机，全力推动医保经办服务事项“不见面”办理。充分运用官网、微信公众号、“鲁医保”小程序等对复工复产企业参保缴费、医保关系转移，群众异地转诊备案、门诊慢性病申报、医保电子凭证申领等20多项高频业务实施“网上办”“掌上办”。研制《医保经办线上服务规范》标准，针对网上经办业务，从现场、网络、电话等服务形式上给出了要求。为充分发挥医保连接医疗、医药和供需双方的优势及医保支付的基础作用，邹城市构建了“智慧云医保”服务平台，上线“智慧云医保”小程序，分步为群众提供预约挂号、线上诊断、复诊续方、医保在线支付和帮办代办、送药上门等服务，形成了“互联网+医保+医药+医疗”集成一体化服务新模式，打造出“网上经办为主、自助经办为辅，实体窗口兜底”的医保经办服务新格局。

三、发展成效

（一）提升了医保经办服务效率。

按照“四个最”、“六统一”要求，2019年9月编制了统一的《医疗保障经办服务办事指南》，形成3个大主项、18个一级子项、36项二级子项的事项体系。同年将医疗费手工报销时限减至9个工作日，成立门诊慢性病鉴定中心，做到甲类病种即时鉴定、乙类病种每月集中鉴定1次，在山东省率先做到报销时限和慢病鉴定周期最短。

（二）强化了基层经办服务能力。

医保服务站的设立，让医保办事网点由原来城区1个增加到22个，办理窗口由原来4个增加到38个，有效缓解了市区医保服务大厅的经办压力，基层医保服务能力得到有效提升。经统计，成立以来，近七成业务送到送到群众“家门口”；为群众累计办理参保登记3000余人次，门诊慢性病申报1800余人次，医疗费手工报销1200余人次，医保关系转移2000余人次，为3.2万余名参保人员提供“一站式”服务。

（三）打通了服务群众“最后一公里”。

通过推进医保经办业务线上线下标准化、融合式办理，邹城市前三季度共办理医保经办业务4.5万余件，其中“线上办”占比80%，“线下办”占比20%；“线下办”业务中70%由镇（街）医保服务站和村（居）医保代办员办理，医保业务实现了“零距离”“家门口办”，打通了医保服务“最后一公里”。

（四）解决了群众反映的一批难点堵点问题。

通过运用标准化方式优化服务流程，使医保服务事项做到标准统一、整体联动、业务协同，流程衔接统一，有效解决了以往存在的“手续繁琐、环节较多、服务不高效”的问题；

同时通过“智慧云医保”平台搭建，较好地解决了群众“看病三分钟，排队三小时”、“复诊购药不便捷”、“因药就医”等难题，医疗保障治理能力和水平有了显著提高，群众满意度连续三次测评都稳步提升。

医保小窗口 服务大舞台

上海市长宁区医疗保险事务中心

一、基本情况

上海市长宁区医疗保险事务中心(以下简称“长宁医保”)成立于 2000 年 12 月,核定编制人数为 26 名,主要承担着全区范围内各项医疗保险(保障)制度与政策实施的经办管理服务。长宁区共有 93 家定点医药机构、63 家长护险机构、69.36 万常住人口和 17.96 万外来从业人员,长宁医保年均开展经办服务 17.4 万人次。

近年来,长宁医保始终践行“以人为本,至善至诚”的服务宗旨,不断在提升医保经办服务水平和服务效率上下功夫。2017 年通过上海市“医疗保险精确管理标准化”试点项目验收,推行全流程标准化建设。此后,长宁医保经办管理服务以标准化支撑精细化,促进人性化,在提升医保经办管理服务品质上驶上了“快车道”,开出了“加速度”。

二、主要做法

(一) 推行精细化服务。

2015 年,长宁医保自主申报上海市医疗保险精确管理标准化试点项目,经过两年的努力,长宁医保于 2017 年成功通过了项目验收,采用和制定各类标准 155 项,推行全流程标准化建设,成为本市医保服务标准化建设示范基地。长宁医保一楼大厅作为对外服务窗口,分别设置 13 个业务办理窗

口、取号等候区、宣传资料取阅处、自助业务办理区等不同区域，做到“进门迎、办事请、走时送”。一是**制度流程精细化**。长宁医保不断修订完善《服务窗口管理细则》、《窗口政风行风考核细则》、《绿色通道服务细则》、《周六值班工作细则》和《掐点时刻工作要求》等标准规范，力求精准到位。窗口职工从到岗到离岗全过程都有明确规定，如早上 8:20，职工必须着好装到达大厅，清洁各自工作区域，打开各类办公设备等。同时，大厅自动玻璃门、取号叫号系统、大厅空调、饮水机、宣传资料等事务都有专人在规定的时间和地点做好各项准备。二是**服务接待精细化**。工作中，职工侧身面向服务对象等候，待其入座后，以“你好”、“请坐”或者其它热情的迎接方式开始服务；与服务对象交谈时，双眼直视对方、面带微笑；受理过程中，需退还的材料，整理汇总后交于对方；向服务对象指引其它相应服务窗口时，应伸手示意；交还对方材料须双手递送，业务办结后，请参服务对象对本次服务做出评价，并向对方评价表示感谢。

（二）实施人性化服务。

为了营造更优美更温馨的服务大厅，长宁医保去年整体更换了照明设施、调整了等候椅靠背、增加了绿植摆放、和残疾人通道指示牌。在提供标准化窗口服务的前提下，长宁医保大力弘扬雷锋精神，推动学雷锋活动常态化制度化，在服务大厅成立“学雷锋志愿者服务站”，为办事群众提供饮水、雨伞、轮椅、存储柜等八项便民服务，并且每个工作日早晨都提前 30 分钟开门，将办事群众迎入大厅，避免参保人在门

外风吹日晒排队等候。

（三）深化面对面服务。

2012年起，长宁医保在志愿者网注册，组建党员青年骨干宣讲队，开展“医保政策社区课堂”，通过面对面的交流把常见医保政策、办事流程、基金安全等知识送到群众身边。2018年长护险试点政策的出台受到了社区老年人的关注，长宁医保针对长护险受益人群年龄偏大、外出不便、新媒体运用少的特点，继续深化“社区课堂”活动，在全区范围内广泛开展长护险宣传活动。自2012年以来，已在150余个居民区和7000多家企业举行了现场讲课和咨询活动。同时，长宁医保积极响应长三角一体化国家战略，主动对接区内企业为退休职工集中办理异地就医备案登记，发出《关于长三角地区门诊结算业务告知书》，把医保政策落实到“最后一公里”。

（四）开创新风尚服务。

近年来，长宁医保紧跟时代脉搏，在提升经办服务中主动先行先试。一是**自助先行，推行不见面服务**。长宁医保携手大型楼宇党群服务中心，将医保自助终端进楼宇、进园区，再度缩短服务距离。目前，在长宁区东、中部的2栋楼宇办公的白领们已优先享受到这“福利”，在公司楼下就能办医保业务，领取医保记录册只需一分钟，省时、省心又省力。二是**开设24小时服务，有效延续服务时间**。2019年，为了打破窗口服务时间的桎梏，长宁医保开设24小时自助服务，市民随时可以在自助机上办理就医记录册新增补办、综合减负试算、个人信息变更等高频业务。三是**力推云服务，直播**

进企业。2020年一场突如其来的疫情，让医保经办面对面成了难事，长宁医保再次主动出击，开通“云课堂”通过直播的方式向企业员工宣传医保政策、答疑解惑，助推“一网通办”，为人民群众带来新风尚的医保服务。

（五）打造精品服务团队。

一是以例会研讨为抓手，形成学政策、讲案例、强规范的学习机制。坚持每周集中学习，开展新政策研学、业务交流、典型案例分析、窗口服务实战演练，以老带新，促进提高，不断提升服务软实力。二是以岗位练兵为契机，练就一支技术过硬、全面发展的队伍。长宁医保已连续四年开展岗位练兵系列活动，通过知识竞赛、技能比拼、征文比赛、主题演讲等丰富多样的形式，锻炼技能，凝聚队伍，既得到了专业技能上的磨练，又充分展示了团队合力，提升医保窗口经办服务水平和能力。

三、发展成效

长宁医保先后荣获 2011-2013、2014-2016 连续两届“人社部优质服务窗口”称号；2013-2017 年度全国人力资源和社会保障系统先进集体；2015-2016 年度上海市三八红旗集体；2017-2018 年度上海市文明单位等荣誉。今年以来，长宁医保陆续收到锦旗 1 面、表扬信 9 封，来电表扬 15 人次。具体成效主要体现在四个方面：

一是经办更加简化，提升了人民群众的满意度。长宁医保有标准化带来的业务清晰、标准完善的基础，“一口受理”改革顺利落地，实现了“一站式、多窗口”同时受理。建立了

“首问责任、一次告知、限时办结、延时服务、绿色通道、延伸服务”的服务模式，群众办理复杂业务从过去来医保 2-3 次减少为 0-1 次，简单业务可以“自助办”、“就近办”、“网上办”，避免人民群众“反复跑”、“到处跑”。

二是管理更加细化，开创了医保工作新局面。长宁医保树立“岗岗有标准规范，人人按标准履职”的精细化管理理念，实行 28 项岗位工作标准，如：《窗口优质服务规范》、《环境管理要求》、《节能管理要求》、《服务大厅突发事件处置应急预案》等，明确了部门及岗位设置的精确要求，做到了定人、定时、定岗、定责任，实现“一切工作有程序、一切程序有标准，一切标准有监督”。各岗位之间既分工明确，又相互配合，保障了医保业务的安全平稳运行。

三是服务更加优化，树立了长宁医保的新形象。长宁医保通过标准化建设，精细化管理，努力在提升医保经办能力上挖潜能下真功，牢记“服务就是责任”的理念，努力扮演了“店小二”的角色，把参保群众满意作为医保人的第一责任，始终把为参保群众提供快捷、优质服务作为工作的出发点和落脚点，对参保群众“多一分主动，多一分热情，多一分关怀”，得到了参保群众的点赞。

四是监督更加强化，编制了风险防控的安全网。医保基金的安全是“高压线”，需要内控的风险点多，长宁医保精确管理标准化实施以来，认真梳理工作流程的每个环节，找出流程中的风险点、薄弱点和漏洞，在制定标准时根据风险等级强化防范措施，加强复核复审、逐级审批等流程控制，较

好地发挥了标准对法律法规的补充和技术支撑作用，做到环环相扣，互相制衡，使各类风险得到有效控制。

十九届五中全会对社会保障和服务民生工作提出了更高要求，长宁医保将紧跟制度创新的步伐，持续推进医保经办服务精细化管理，朝着不断满足人民美好生活需求的方向前进。

以标准化管理促精细化经办 打造便捷高效长护险管理服务模式

山东省青岛市医疗保障局

一、基本情况

我国是世界上老年人口最多的国家，也是人口老龄化发展速度最快的国家之一，截至 2019 年底，我国 60 周岁及以上人口达到 2.54 亿人，占总人口的 18.1%，其中，失能、部分失能老年人约 4000 万，占 16%。随着家庭规模的不断缩小和人口老龄化程度不断加深，失能老人的社会化照护问题日益严峻。在这种形势下，全国长期护理保险于 2016 年 6 月开始试点实施。

青岛市早在 1987 年即已进入老龄化社会，2019 年底老龄人口 186.8 万人，老龄化率 22.5%，全市失能失智老人约 30 万人左右。为解决失能老人的照护难题，青岛市早在 2012 年率先建立了以医疗护理保障为主的长期护理保险制度。2018 年在总结前期试点经验的基础上，对制度进行创新完善，建立了保障整合式照护服务的新型长期护理保险制度。青岛市长护险制度设计及经办管理坚持标准化、精细化，科学构建长护险照护服务体系，以多元化筹资为前提，以整合式照护服务为主线，着力构建筹资渠道多元化、保障内容多层次、服务提供精准化、经办管理标准化、质量监控信息化的管理服务模式。目前制度覆盖 887.8 万城乡参保人，其中职工 401

万人,居民 486.7 万人。

二、主要做法

(一) 制度设计上, 坚持全面覆盖, 基本保障, 分步实施。

制度覆盖全体城乡参保人, 主要保障重度失能失智人员, 适当兼顾照护需求较高的中度失能人员。考虑到职工医保和居民医保基金运行的实际情况, 坚持低水平起步的基本保障, 参保职工在保障医疗护理基础上, 叠加了生活照料等待遇; 参保居民目前只享受医疗护理待遇。下步将视制度落实情况、市场培育情况和资金筹集情况等适时提高保障水平。

(二) 资金筹集上, 坚持渠道多元, 结构合理, 确保可持续。

职工护理保险所需资金通过医保统筹金划拨、财政补贴、个人账户代扣等多渠道筹集, 年筹资规模在 13 亿元, 人均 332 元, 其中统筹金占 65.9%, 个人账户占 25.6%, 财政补贴占 8.5%, 在试点城市居中上水平, 与本地社会经济发展相适应。居民护理保险资金按照不超过当年医保基金筹集总额 10% 的比例划转, 年筹资规模约 5 亿元, 人均 108.7 元。

(三) 保障内容上, 突出实用性, 精准设计, 满足照护需求。

保障内容包括: 健康管理和维持性治疗、长期护理、生活照料、功能维护(康复训练)、安宁疗护、临终关怀、精神慰藉等基本照护服务。考虑到失能人员需求的多样化, 对政策资源和服务资源进行了整合, 要求同一家机构对参保人

的需求进行统筹考虑和整体提供，解决照护服务碎片化问题。此外，对轻中度失能失智人员和高龄衰弱老人，探索将保障关口前移，建立预防和延缓失能失智保障工作机制。

（四）资格准入上，实行等级评估，科学界定，确保基金安全。

制定了本地化的失能失智人员照护需求等级评估标准、评估工具和评估流程。失能人员评估为三、四、五级可享受照护待遇，由第三方机构承担评估工作。专业的评估机制科学界定患者是否享受长护险待遇，确保基金使用的安全性和合理性。

（五）护理服务上，坚持精细化、多样化，满足多元需求。

针对不同人群多层次多样化照护需求，设计了不同的护理服务形式，精准解决现实需要。针对失能人员，设计了“专护”、“院护”、“家护”和“巡护”4种服务形式。针对重度失智人员，实行“失智专区”管理，设计了“长期照护”、“短期照护”和“日间照护”3种服务形式。这些服务形式既涵盖了机构、社区和居家等不同地点的照护服务，又考虑到了失能和失智人员医疗护理和生活照料等需求差异。

（六）待遇支付上，区别不同服务，差异化支付，突出保障效益。

职工护理保险主要支付“医疗”和“照护”两部分待遇。患者医疗费，据实按比例报销；对于护理机构而言，结算实行床日包干结算办法，不同服务形式设定差异化包干结算标准。

照护费实行限额支付，与个人照护需求评估等级挂钩，等级为三、四、五级的，照护费每月按照 660 元、1050 元和 1500 元的标准（含自负部分）实行限额支付。

（七）服务载体上，坚持市场化、规范化，推进质量竞争。

承担护理服务的机构，均要求具备医疗资质。通过实行协议管理、市场竞争机制及强化日常监管等，确保资金安全，并促进服务质量提升。一是建立市场化竞争机制，公立、民营一视同仁；二是鼓励公司化运作，品牌化、连锁化发展；三是通过社商合作引入第三方机构社会化经办，提高经办管理绩效。

（八）监督管理上，强调精准化、信息化，确保扎实有效。

通过全面信息公开，机构动态管理，充分发挥信用体系约束作用，推进综合监管机制形成。建立信息化智能监管机制，通过手机 APP，对谁照护、照护谁、在哪照护、照护什么、照护时间进行全程监控。建立全流程网上办理经办机制，待遇申请、等级评估、费用审核与拨付等工作全部实现零跑腿。

（九）管理服务上，制定地方标准，对制度实施全链条规范。

编制了青岛市《长期护理保险管理与服务》地方标准体系并发布实施，内容主要从制度设计与经办管理及服务要求等方面提出，对定点护理机构协议管理、服务考核、等级评

估操作、信息系统管理、机构评鉴、护理员职业规范等方面作出规范性指导。同时申请了省级地方标准立项，年内在全省发布实施。地方标准的制定与实施，将进一步推进青岛市乃至山东省长护险管理与服务的规范化、专业化、标准化发展。

三、发展成效

我市长期护理保险制度切实惠及了失能失智人员及其家庭，得到社会各方关注和支持，获得“中国政府创新最佳实践奖”，2019年6月，国家医保局副局长陈金甫给予专门批示希望青岛长护险发挥“支持决策、引领改革、提供样板”作用。

（一）形成以居家为主机构为辅的照护格局，失能失智人员照护难题初步破解，个人和家庭获得感不断增强。

护理保险制度实施8年来，取得了初步成效，累计支付资金25亿元，惠及6万多名失能失智人员。其中，2019年支出4.2亿元，解决了2.27万名失能老人的照护难题，护理服务人员上门服务94万人次，照护服务时长共计187万小时。全市60岁以上退休职工实际保障率3.2%，已基本实现应保尽保，过去“养老院不能医、家庭无力护”的困局发生根本性改变。居家照护服务占七成，基本形成了以居家为主，以社区、机构为辅的照护格局，符合我国养老国情。

（二）优化医疗资源配置，提高医保基金使用绩效，缓解“住院难、看病贵”问题，切实减轻家庭负担。

青岛护理保险运行8年多来，大量在ICU和二、三级医

院长期住院者回归社区、家庭或养老机构。据测算，护理保险资金购买的服务量，相当于购买二、三级医院住院服务量的 14 倍，资金使用效益大大提高。自 2012 年以来，享受护理保险待遇人员医疗费支出整体呈下降趋势，人均医疗费总额从 2012 年的 8.4 万元降低到 2019 年的 4.59 万元，降幅达 45%；个人自付费用由 2012 年 1.94 万下降到 2019 年 0.63 万元，降幅达 67.5%。说明长护险制度实施实现了医疗资源优化利用，促进了医保基金增效和个人负担减轻双赢。

（三）政策引导撬动市场资源，民营护理机构充分发展，照护服务市场得到快速培育。

通过政府引导、市场驱动，我市照护服务市场得到快速发展，带动了创业就业。我市定点护理机构 816 家，其中，民营机构占 87%，承担了 95% 以上的服务量，形成民营护理服务机构为主体的照护服务平台。目前，全市连锁化发展的护理集团超过 30 家，其护理机构约占总数的 1/3，服务了全市 2/3 以上的失能失智人员。护理机构连锁化运营发展，有利于提升整体管理效能和服务水平，也大大减轻了医保部门的监管压力。青岛市定点护理机构共提供护理床位 8903 张，照护服务人员 1.73 万人（医师 7106 人，护士 5333 人，护理员 4896 人），基本可以满足失能失智老年人照护需求。

盘活“小支部”创造“大作为” ——全力打造医保“订单式”服务新模式

江西省南昌青云谱区医疗保障局

青云谱区医疗保障局党组是由一个机关支部组成的党组织，共有党员 4 名，干部 11 名，针对辖区老年人多、弱势群体多、流动人口多、居民诉求多的特点，局机关支部以“知民情、顺民意、解民忧、惠民生”为工作出发点，打造“订单式”精准服务理念，实现了全方位为民服务，实打实、点对点为民解忧。通过小支部“涡轮增压”，建设一个资源整合、功能集成、社会参与、干群联动的平台，通过“党建+”引领支部党员干部、社区医保专干、辖区“两定”医疗机构、社会慈善机构参与的“四轮驱动”模式，将党的组织建设触角向各方面延伸，以此作为加强党的建设重要抓手，打造医保民生服务 30 分钟“服务圈”，用“绣花”精神构筑起一张牢固的“惠民网”。

一、项目背景

2020 年是脱贫攻坚收官之年，如何将“两不愁三保障”落到实处，面对“因病致贫”这个最难啃的骨头，着力解决“因病致贫”这个贫中之贫、困中之困的人群，青云谱区医疗保障局党组创造性的提出“小支部创造大作为”医保模式，进一步贡献医保力量。青云谱区医疗保障局自机构改革成立以来，在原有的人群服务基础上，承接了辖区各类医疗救助困难人员共计约 2339 人，面对社会结构多元化、利益诉求多样化；人

少事多，人口老龄化、救助家庭空心化、人员大流动等新的区域化特征下，给医疗保障部门在群众服务、救助工作、信访维稳等方面带来新的挑战。打造“订单式”服务新模式，就是贯彻落实习总书记以人民为中心的发展思想，主动作为，以党建引领医保具体业务创新服务为重要举措，按照一年打基础、两年上台阶、三年全覆盖的工作部署，真正打通群众医保服务“最后一公里”。

二、主要做法

“订单式”服务模式按照“好事办好，实事办实”的原则，提供“政策服务、掌上服务、体检服务、送药服务、送医服务、志愿服务、慈善帮扶”七大类项目，确保有需求群众、弱势群体医保业务在家门口办理、服务在家门口提供、力量在家门口汇聚、资源向基层倾斜，努力打造立体式多功能的医保党建阵地新模式。

（一）资源整合，打造立体式服务平台。

“订单式”服务体系按照一年打基础、两年上台阶、三年全覆盖步骤集成7大类服务项目，整合全区医疗保障业务相关资源，提供“一站式”服务。一是共性服务和个性服务相结合。服务内容的关键在贴近群众需求，一方面，共性服务做到全区统一、全区覆盖，实现服务标准化、规范化，满足群众最基本、最常用、最突出的需求。另一方面，个性服务因人而异，由特殊人群特殊需求为主，形成以属地化、短程化、便捷化的个性项目，满足不同的人群需求，体现精准性和实效性。二是业务资源和社会资源相结合。在“订单式”

服务模式中，以医疗保障领域服务下沉和整合为主导，同时通过辐射辖区“两定机构”、社区医保专干，带动社会慈善、爱心人士共同参与，提供多元化、立体式、内容丰富的服务矩阵，打造专业度高、功能精准、上下联动、左右互通的立体化服务平台。三是线上线下服务方式相结合。兼顾不同人群享受服务的方式。对老年群众、文化程度不高的群众，着重做好线下精准定制服务，服务内容因人而异、因地制宜。对文化水平高、年轻化人群，突出做好线上服务。按照“三化六好”的总体要求，强化党建平台信息化，精心打造微信公众平台，制定可操作性、便捷化的线上服务平台，切实将医保服务做到“随身办”、“掌上办”，让群众走出家门、躺在家中就能把事情办成办好。

（二）服务集成，多元化辐射群众。

“订单式”服务平台推出七大类服务项目，通过定制化的推行方式，精准化、便利化服务群众，实现“民有所需、就在身边，民有所急、一站办成”。“政策服务”，结合医保宣传“八进”活动，推送最新医保政策上门宣讲、解答、政策点对点等服务，特别是中老年人如何能更好享受到、报销到医保的各方面利好政策做精准对接。“掌上办理”，从服务群众、便利百姓的角度出发，深度开发及运用各类信息化手段通过线上办理和线下推广两种途径，将信息化平台延伸至家里家外，为各类群体提供个性化服务，增强获得感、便捷度和满意度。“体检服务”，以日常、就近、便利为原则，对接辖区定点卫生服务站，建立需求人群、困难人群数据库，采取自愿结对

帮扶，免费线上、线下订单式服务，满足各类居家不便群众等日常健康常规体检的需求。“送药服务”，以辖区定点药店为抓手，依托社区卫生服务站、定点医院双结对，重点辐射一些老病号、用药需求量大、用药单一类人群进行订单式管理，采取线上线下联系，通过免费上门，优惠折扣等措施对辖区弱势群体定点帮扶。“送医服务”，以辖区定点医院为抓手，以定点卫生服务站为载体，推进送医服务进家门，针对各类困难人群全科医生定期巡诊，带动社区医护志愿者为居民开展健康咨询、简单体测、健康宣教等服务。“志愿服务”，打造医保“青医使者”党建品牌志愿者服务队伍，定期开展各类志愿者服务，在辖区范围内吸引、招募各类有意向加入的爱心人士，壮大队伍，扩大服务类型和服务人群。“慈善帮扶”，以区慈善总会为主导，社会爱心企业、爱心人士为载体，开展各类慈善帮扶，慈善救助服务，汇聚各类慈善力量参与进来。

（三）建章立制，动态长效责任管理。

“订单式”医保服务新模式是青云谱医疗保障局提出的一项新的便民利民工程，按照一年打基础、两年上台阶、三年全覆盖的建设标准总体部署，为确保今后项目能长效化管理，在实行“家门口的服务园”建设过程中建立健全三大保障机制。一是首问责任机制。结合“订单式”管理模式，实行谁结对、谁负责，谁接单、谁负责，谁参与、谁负责，对群众提出的个性化需求由承接人承担首问责任制；碰到疑难杂症问题，由党员带头协调多方资源形成合力兜底解决，按照“接单—销

号”服务理念做到件件有着落，事事有结局。二是项目分类机制。整套服务项目通过支部统一规划，统一调度，采取平台集成化，建立居民需求动态台账，制定问题清单、服务清单、责任清单，实现群众靶向化的服务管理；通过线下社区收集各类帮扶订单，反馈支部信息平台，由数据库筛选就近帮扶队伍形成“双向认领、双向服务”，做到具体问题具体人员对接，形成签约结对服务机制。三是项目激励机制。建立健全人员队伍激励机制，采取物资奖励和精神奖励相结合，以精神奖励为主，在全体干部队伍中建立浓厚的服务氛围，通过查看干部参与度、年帮扶量、完成情况，在年度考核中加分，对辖区两定机构志愿帮扶得到好评的机构在次年优先签订定点协议，对在老百姓当中口碑好，反映热烈的颁发优秀服务机构。在全区医疗保障领域共同推进解决辖区老百姓“急、难、愁”问题，帮助解决实际问题，自上而下营造良好的服务氛围和社会正能量，着力提升全方位服务群众综合能力。

（四）“信息化+”，让队伍更具“凝聚力”。

在建设“订单式”医保服务体系建设过程中，注重平台信息化有效运用和综合利用，扩大微信群矩阵一站式“互联网+”管理服务在服务队伍中的应用，加大微信公众平台功能化开发，突出信息化平台上“微心愿订单”打造，筑牢“小支部”“大党建”的体系构架。依托线下“四轮驱动”矩阵服务实现服务事项下沉，实现“数据多跑路，群众少跑腿”。

在党建信息化服务上，打造党员志愿者互动平台，激活党员管理教育功能和日常经验交流活力。在便民服务上，结

合“青云谱医保”公众号建设，推进政务自助服务，通过支部“订单式”线上线下平台，为辖区居民提供精准便利的个性化服务。在日常管理上，积极发挥“微信群”矩阵作用，迅速有效地收集信息、答疑解惑、反馈问题，促进了信息资源融合共享。

三、基本成效

（一）党组织融入业务的战斗堡垒作用不断增强。

“订单式”医保工作模式就是民群民意需求的具体呈现和党组织战斗堡垒作用的具体实践。每一个问题的解决、每一次入户的服务都是拉近党组织与党员、群众的距离，密切了党群干群关系，通过打造定制化精准服务，就是真正坚持以人民为中心的发展思想，真正把“老百姓想什么，我们就干什么，老百姓盼什么，我们就干什么，老百姓要什么，我们就干什么”的工作目标要求落到实处，“订单式”模式为党群搭建了平台、发挥了作用，为百姓办了事实，形成了事事信党、有事找党、紧跟随党的社会好氛围。

（二）30分钟服务圈的群众满意度不断增强。

青云谱区域不大，但是对于“急”、“困”、“弱”人群“最后一公里”却感觉遥远。现在，通过激活“小支部”创造“大作为”打造30分钟服务圈进行全盘设计，把原有的散乱杂乱的需求，通过平台整合，定向发布，精准定制，以就近、精准、便利、高效为服务标准，挖掘出本部门可操作的服务项目，把各类民生资源、实施项目真正集聚到老百姓家门口，做到可管理、可持续、可预期、可复制的医保新模式，进一步提高了群众

的获得感，进一步为构建“省会担当”打下了良好的群众基础。

（三）党员干部干事创业作风不断增强。

医保“订单式”服务模式建设始终强调个性化、定制化、集成化，通过资源优化整合，引导社区干部、两定机构、慈善机构等各类社会爱心人士、志愿者共同参与，形成多方合力营造良好的舆论氛围；在服务项目上，坚持需求导向、精准发力，通过广泛征集、分类提取，做到“群众要什么，我们就做什么”；在制度设计上，通过首问负责制、兜底负责制、指定负责制等相关措施，形成制度化、体系化、长效化运转，围绕多样化需求，运用多种形式和手段精准“靶向”服务，实行“接单—销号”制度，党员队伍由以前的“龙套”变成“主角”，有效带动干部队伍干事创业作风的持续转变，爱民为民意识不断提升。

宜宾市江安县医保局“三多”促“三全”，扎实推动“两病”认定清零行动

四川省宜宾市江安县医疗保障局

建立完善城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制，是减轻患者门诊用药费用负担，不断提升人民群众获得感、幸福感的重要举措。江安县医保局秉承“医保惠民生、服务千万家”的情怀担当，将“两病”认定机制改革作为助推城乡基层治理的重要抓手，坚持创新思路求突破、部门联动优服务、摸清家底见成效，扎实开展两病认定“清零行动”，确保“两病”政策落地见效。

一、基本情况

2020年，全县户籍人口59万人，常住人口42.24万人。卫健部门纳入公卫管理的“两病”人数为3.9万人，其中高血压病人3.01万人、糖尿病病人0.89万人。截止于2020年1月1日，“两病”认定数（含门特）为15169人，其中高血压病人9146人、糖尿病病人6023人。

针对上述情况，县局根据四川省医疗保障局《关于制定城乡居民糖尿病高血压门诊用药医保支付标准的通知》（川医保办发[2019]35号）及宜宾市医疗保障局等四部门《关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制实施办法的通知》（宜医保发〔2019〕50号）的要求，积极落实相关政策，多举措开展“两病”认定和药品集采推进工作。

二、主要做法

(一) 多维度搭建宣传矩阵，全覆盖确保政策知晓。

一是**多维平台协力**。依据上级文件并结合本地实际，县局印发《关于做好2020年城乡居民门诊慢特病和“两病”管理工作的通知》，在政府公众信息平台、地方新媒体平台及手机微（短）信发布“两病”认定相关宣传文稿和普宣资讯，印发宣传资料3万余份。二是**整合资源助力**。全面掀起“党员在你身边——医疗保障伴您行”“党旗飘扬——家医保、融服务”服务行动，县局定期组织全局党员干部和医疗机构医务人员下乡入户开展“两病”宣传。依托“五十百千”微讲堂、农民夜校、道德讲堂等载体，对“两病”工作进行专题系列培训和宣传。依托城乡基层治理“五个一”联系机制，开展县、镇、村、组、户五级联动宣传，确保政策宣传全覆盖。三是**创新形式发力**。丰富宣传手段，对“两病”相关政策知识进行“降维”加工，变“冷知识”为“活故事”，创新打造“江二娃摆医保政策”本土方言微视频，在当地多家媒体、微信公众号和手机医保APP上广泛推送宣传，累计播放视频20余万次。通过多渠道宣教联动，进一步提升群众对医保政策和“两病”知识理解。

(二) 多角度优化认定流程，全链条提升服务效能。

一是**认定机制常态化**。依托医保信息系统，对参保患者的住院信息进行筛查，将曾患有“两病”的参保群众信息筛查出来后，再与信息系统中“门特慢病”、“两病”患者资料进行比对，对未纳入认定的由本县两家医疗集团医院与患者联系，及时认定，确保“应认尽认”。依托各镇卫生院“公卫慢病”管

理、家庭医生签约服务等，对已纳入管理的“两病”患者进行筛查，逐一通知到人，确保“应知尽知”。截至今年 10 月全县“两病”（含门特）认定人数达到 24110 人，其中建卡贫困户认定人数 3504 人。二是**职能下沉常态化**。简化“两病”认定程序，将“两病”的认定管理从县级医院延伸到具备认定资质的镇卫生院，方便群众就近选择医疗机构直接申报资格认定。三是**服务上门常态化**。组织县级医疗集团具备认定资质的医师，每周到全县 14 个镇集中进行 1 次“两病”现场认定，增加认定频次，方便周边群众。同时，针对肢体偏瘫行动不便等部分特殊群体，县医保局特事特办，上门为其提供“两病”认定服务，做到“两病”认定一个不落下。

（三）多举措畅通惠民渠道，全方位精准实施保障。

一是**精控采用药量**。认真落实药品、医用耗材集中带量采购政策，由各镇卫生院负责服务半径内集中带量采购工作，通过镇、村和社区统计分析“两病”患者数据，精准测算“两病”门诊用药量，全年药品集中带量采购额完成报量任务，达到了报量数的 120%。二是**精准使用药品**。要求医疗机构必须优先使用带量采购中选药品，不得以费用控制、药占比等为由影响中选药品的合理使用，保障“两病”参保患者用上低价药，减轻医疗费用负担，使国家组织药品集中采购的红利真正惠及于民。三是**精细保障机制**。全面落实集中带量采购药品医保资金预付制度、建立配送企业信用机制。先后规范了“两病”用药目录管理，实行了“两病”长处方制度，对特殊困难群体由家庭医生签约服务人员定期入户送药和监测；进一

步健全完善“两病”门诊用药指南和规范，加强医疗服务行为监管，确保“两病”门诊用药和集采药品惠民政策落地见效。

三、取得成效

（一）“两病”认定便民服务机制进一步健全。

资格认定保障机制不断完善，建立以县级定点医院为审核平台、以镇卫生院为基础的“两病”资格认定体系，患者既可以在审核平台直接申报资格认定，也可由镇卫生院集中收集资料上报审核平台；通过审核平台严格把关，完成资格申报材料初审、复核、认定等流程，真正实现了让群众少跑腿，让信息多跑路，极大方便了“两病”患者。

（二）“两病”管理覆盖面进一步扩大。

强化联动合力，联合医保、卫健、医院等单位，把“两病”用药管理、家庭签约服务、健康档案管理相结合，提高“两病”筛查率，确保“两病”患者应保尽保。截至2020年11月10日，“两病”认定人数在年初的基础上新增8941人，增长59%。

（三）“两病”保障力度进一步加强。

不断规范“两病”用药目录管理，首次将针对性的常规化验项目纳入“两病”报销范围，降低了“两病”患者的经济负担。今年1—10月，全县“两病”患者用药费用医保报销累计48184人次，报销金额达636.57万元，实际报销比例达到68%以上，超过了国家提出的“两病”患者门诊用药费用“政策范围内支付比例要达到50%以上的要求。

（四）“两病”扶贫工作全面落实到位。

针对特殊人群建立快捷认定程序，建档立卡贫困人口“两

病”患者实行边落实待遇享受资格、边完善资格审批手续的管理办法和先诊疗后付费模式，提高建档立卡贫困患者用药和报销的便利感和获得感。去年来对全县 28617 人贫困人口进行了“两病”筛查，已认定“两病”患者 3504 人，认定率达 100%，待遇享受率 100%。

深圳市全力推进医疗保障政务服务改革， 全面做实“就近办、网上办、自助办” 先行示范

广东省深圳市医疗保险基金管理中心

为坚决贯彻落实党中央、国务院关于推进基层整合审批服务的重大决策部署，着力打造“一站式服务”、“一门式办理”医疗保障政务服务，切实为用人单位、群众及医药机构提供优质高效的医保公共服务办事体验，助力营商环境不断优化，深圳市全力推进医疗保障业务经办政务服务改革，全面做实“就近办、网上办、自助办”先行示范。

一、基本情况

2019年1月30日，深圳市医疗保障局正式挂牌成立。2019年3月22日，深圳市成立医疗保险基金管理中心，为深圳市医疗保障局的直属事业单位，核定事业编制122名，负责深圳市1528万医疗保险参保人和1243万生育保险参保人的待遇保障、6305家定点医药机构服务管理、400多亿元的医保基金收支核算管理等经办工作，经办人均服务量位居全国经办机构首位。随着医疗保障制度体系改革推进，医疗保险基金管理中心还承担招标采购经办、高值耗材治理经办、医疗救助经办等新职责，人力严重不足。

医疗保障局成立以前，深圳市社会保险实现了“五险”统一经办，全市设置11个社保分局、20多个社保管理站。医

疗保障局成立以后，没有医保管理站设置，医保经办业务面临着退出社保业务大厅、医保经办网点减少三分之二、业务系统建设滞后等难题，经办服务面临巨大压力和考验。

深圳市医疗保障局通过经办业务标准优化、流程改造、推进“网上办”、“自助办”等手段，将医保经办窗口受理业务分批次、按步骤整合下沉到各区、街道、社区行政服务大厅，在提高经办效率的同时，极大的方便了办事群众，基本实现国家政务服务改革工作目标。深圳市医疗保障局将医保经办业务进驻基层政务服务大厅的模式对于全国医保经办发展的方向具有借鉴意义，尤其对新成立的医保经办机构如何破解人力物力资源严重短缺难题提供了经验借鉴。

二、主要做法

（一）全面进驻行政服务大厅。

2019年6月28日，医疗费用报销、职工和居民生育费用报销、异地就医备案等19项医保经办业务全面进驻深圳市74个街道行政服务大厅及福田、罗湖、龙岗、坪山、盐田、大鹏6个区行政服务大厅。全面进驻后，医保经办业务系统运行平稳，窗口管理服务有序。与医疗保障局成立之前相比，医保业务办理网点增加近3倍，办理窗口由原48个增加到501个，同时通过购买服务的模式，在全市新增铺设88台医保自助设备，在医保本部、各级行政服务大厅、市及区级大型医院、部分大型社康等场所，为参保人提供医保自助服务，大大缩短排队等候时间，实现医保“企业办事不出区，群众办事不出街道”。2020年5月19日，医保服务窗口进一步下沉，

试点进驻龙岗区南湾街道、吉华街道 12 个社区行政服务大厅，打通医保服务“最后一百米”。截至 2020 年 10 月 31 日，已有盐田、宝安、龙岗、龙华、坪山、光明、大鹏 7 个区（新区）共进驻社区 275 个，医保办事网点从机构改革前的 33 个增加到现在的 365 个，窗口从 48 个增加到 1005 个，未来将实现医保服务在区、街道、社区三级服务大厅全覆盖。对于省外异地就医费用，还通过委托泰康人寿、中国人寿、泰康养老、平安养老 4 家商业保险机构，在深圳市参保人异地就医量最大的省外 10 个城市设立 40 个受理网点就近收件受理及真实性核查。

（二）全面优化再造业务流程。

业务申请表格全面简化；依托证照共享，实现系统自动比对数据，减少纸质材料的提供；推行“承诺制”简化异地就医备案申请材料；缴费托收等 12 项业务可刷脸自动填充申请信息或推送电子证照“无感智办”。经过流程再造，共有 60 个事项实现流程简化，原有 408 个步骤精简了 190 个步骤，剩余 218 步骤，精简比例达 46.5%；41 个事项实现材料简化，原需办事材料 227 个简化了 109 个，精简比例达 48%。

（三）全面推进异地就医直接结算。

为解决异地就医结算民生痛点问题，深圳市于 2019 年 9 月实现异地就医的基本医疗保险、重特大疾病补充医疗保险、医疗救助住院费用“一站式”直接结算，并积极推进基层定点医疗机构接入异地就医平台。

（四）全面推进政务服务改革再升级。

1.持续推进业务“全流程网办”。不断改造升级经办信息系统，大幅增加业务全流程网办事项。自 2020 年 3 月起，医疗费用、生育费用现金报销业务已实现全流程网上办理，参保人在网上提交申请并上传材料后，工作人员对业务进行预审核。预审核通过后，参保人可将材料原件邮寄到医保经办部门审核和审批，打造“不见面办”的医保公共服务体验，实现零跑腿。目前 29 项医保政务服务事项中，已 100% 实现网上办理，其中网办秒批事项达 15 项。

2.全力推进定点医药机构外配处方电子化共享。截至 2020 年 10 月 31 日，深圳市具有大病诊断资质定点医疗机构共 27 家，已全部上线大病处方外购；大病定点零售药店共 118 家，涉及 9 家医药公司，已全部上线电子处方共享。目前正式使用该系统的深圳市定点医药机构达 472 家。

3.大力推进“互联网+医保”服务。为减少慢性病特定病患者往返医院频次，解决参保人慢性病特定病患者复诊需求，深圳市积极推进定点互联网医疗机构开展门诊慢性病特定病复诊医保支付相关工作。截至 2020 年 10 月 31 日，深圳市已有 7 家定点医疗机构开展互联网线上复诊，累计服务 2913 人次，产生医疗费用超过 90 万元，累计医保记账超过 77 万元。

4.实现协议书线上签订。为方便定点医药机构签订医保服务协议书，在医保业务经办系统中增加了线上签订协议书功能。电子签约需通过机构和法人 CA 认证，可加强风险管控；定点医药机构可随时登录医保业务系统签订协议书，提

高签约效率；网签协议书为电子文档，降低印刷成本和后续保存管理的运行成本。2020年周期性签约工作中，深圳市定点医药机构有4104家实现了线上签约，线上签约率高达75%。

5.扩大网上服务、掌上服务端应用。完成“粤省事”的15项医保业务对接，“i深圳”APP的56项业务对接，同时在2020年2月对微信公众号进行功能升级，推出医保个人账户余额查询、变更绑定社康点、个人账户家庭关联等43项医保信息查询和业务办理功能。

（五）逐步引入社会力量参与医保政务服务。

1.推进政保合作。为加快业务审批速度，提高参保人对现金报销业务的满意度与获得感，同时堵塞造假骗保漏洞，降低履职风险，结合机构改革后在编工作人员严重紧缺的现实，通过购买服务，将我市现金报销业务初核、大额费用函调、文书送达等经办事项委托给具有丰富医疗费用审核经验和成熟管理实践的商业保险公司代办。自2020年1月19日起，已形成基层窗口受理、商业保险公司集中审核、各分中心后台随机分配复核的业务经办模式，减少初核环节时间，实现政务服务改革要求的经办时限压缩一半的工作目标。

2.推进政银合作。利用银行网点多、服务时间长、服务能力强等特点，推进与银行合作，实现参保人办事更为便利、选择点更多的经办体验，并借助金融机构APP平台办理13项经办业务。目前已与建设银行及招商银行达成合作协议，在医保电子凭证、移动支付等方面继续拓展业务合作，方便市民“一站式”办理。

三、发展成效

深圳市全力推进医保业务经办政务服务改革，既方便群众办事，又全面提高医保业务经办效率。

首先是极大便利人民群众办事。改革前往返一些社保窗口需要 2 小时，改革后在“家门口”就能办理，群众“就近办”的体验感大幅提升，免去来回奔波之苦，也大大减少排队时间。以福田区为例，进驻前仅有 4 个医保业务受理窗口，参保人到现场后平均需等候 2 小时，进驻后受理窗口增加到 145 个，基本可做到即来即办，业务繁忙时段平均等候时间不超 15 分钟，群众对取号难、排长队的信访投诉从日均 5 宗左右降至零，满意度明显提升。

其次是全面提高业务经办效率。进驻后，医保部门工作人员专注于后台业务审核和对大厅工作人员指导，工作效率明显提升，群众关切的医疗与生育报销业务办理时限从平均 35 个工作日，最高峰 40 个工作日，压缩到 10 个工作日内。

深圳市通过标准和流程优化、信息化系统改造将医保经办窗口受理业务进驻各级政府行政服务大厅综合窗口，既解决医保局成立以后经办人手不足的问题，也大大提高群众的满意度。这种模式对于全国医保经办发展的方向具有借鉴意义，切合了《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》提出的大力推进服务下沉的发展方向，也为实现《深圳建设中国特色社会主义先行示范区综合改革试点实施方案》提出的“积极利用全国一体化政务服务平台实现医保政务服务一体化办理”奠定基础。

向改革要红利 向服务要满意 记阳泉市“互联网+医保门诊大额疾病 线上服务”试点工作

山西省阳泉市医疗保险管理服务中心

阳泉，是山西省下辖的地级市，位于山西省中东部，总面积约 4500 平方公里，下辖三区两县，总人口约 141 万人，被誉为太行山上璀璨的明珠，也是中国共产党亲手创建的第一座人民城市。自国家医保制度建立以来，我市医保制度改革步伐就从未停止。

2000 年，随着国家城镇职工医疗保险制度改革的推进，阳泉市城镇职工医疗保险制度正式建立；2008 年，随着国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点指导意见的出台，阳泉市作为首批试点城市之一，率先开展了城镇居民基本医疗保险工作；2012 年，为了加强门诊大额疾病管理，解决垫付资金大、报销周期长、手续繁琐等问题，我市出台了城镇基本医疗保险门诊大额疾病管理暂行办法，实现了慢病医保系统即时结算；2018 年，我市城乡居民医保制度整合，门诊大额疾病病种有所增加，并对报销限额进行了调整；2020 年，随着医改进入深水区，在精简高效、满意便捷的服务要求下，我们对门诊大额疾病的申报、审批、结算流程进行了网络化改造，形成了具有我市特色的“互联网+医保门诊大额疾病线上服务”系统，我市医保门诊大额疾病业务正式进入“互联网

+”时代。

发展是目的，改革是动力。一系列改革的背后，是阳泉医保紧跟新形势、顺应新时代，积极响应国家要求的具体体现，是面对新问题、提出新对策，确保惠民政策真正落地的真实写照，是服务百姓、勇于创新，向群众满意方向迈出的坚实步伐。

一、阳泉市“互联网+医保慢病线上服务”总体情况

为深入贯彻落实党中央、国务院关于加强新型冠状病毒肺炎疫情防控工作的决策部署，进一步做好疫情防控常态化下医疗保障经办服务工作,解决门诊慢性病人就诊时“挂号时间长、候诊时间长、缴费时间长、医患交流时间短”的问题，为打造我市“三对”“六最”营商环境，提高医保经办服务水平和老百姓就医结算获得感，我市医保部门率先在全省范围内开展了“互联网+医保门诊大额疾病线上服务”的试点工作。

今年5月28日，阳泉市医疗保障局于下发了《关于我市开展“互联网+医保门诊大额疾病线上服务”试点工作的通知》(阳医保发〔2020〕49号)，文件从服务对象、开展病种、业务流程、系统改造、基金监管、协议管理等六个方面对慢病线上服务工作均做了明确要求，对参加我市城镇职工和城乡居民医疗保险的参保人员，患有糖尿病合并症、高血压三级极高危或者同时患有以上两种疾病的门诊大额疾病患者开展门诊就医购药线上服务。

阳泉市医疗保险管理服务中心在接到文件后，立即进行了工作部署和责任分工。首先，对业务流程进行了反复讨论，

对参保患者、定点医院、药店配送过程中如何通过数据传输实现经办服务的快捷高效作了大量前期准备工作，并责任到人进行了任务分工；其次，对市医保中心、定点医院、定点药店三方之间的权利义务重新进行了修订和完善，阳泉市第一人民医院仅承担高血压和糖尿病线上诊疗服务工作、国药山西国康阳泉连锁有限公司零售大药房仅提供高血压和糖尿病线下配送工作（不对外零售）、市医保中心负责对双方所承担的业务进行基金监管和基金结算工作；并起草印发了《阳泉市“互联网+医保门诊大额疾病线上服务”三方服务协议（2020版）》。再次，对改造升级后的医保程序、医联通线上问诊程序、定点基金监管平台、国康药店配送环节，分别进行了模拟测试和实地测试，确保了各衔接点对接无误、整体运行平稳顺畅。

以阳泉市第一人民医院作为线上就诊试点医院，以国药山西国康阳泉连锁有限公司零售大药房作为线下配送试点药店，以“医联通”软件服务企业作为试点网络服务平台，市医疗保险管理服务中心为我市广大慢病参保患者又开辟了一条新的就医结算渠道。这不仅是深化医改、提高经办服务效能的具体体现，更是顺应“互联网+医保”、医保智慧服务迈出的关键一步，也是促进医药行业结构调整、确保行业内部合理有序竞争的有力举措。

二、阳泉市“互联网+门诊大额疾病”政策出台的背景

阳泉市门诊大额疾病病种经过多次整合调整，现行政策中共有 29 个大类 40 个病种，每个病种实行支付限额控制，

在国家药品目录框架内实行与病种相对应的“门诊大额疾病目录”管理办法，并随国家药品目录同步动态调整。参保患者持相关病历资料到具备申报条件的定点医疗机构进行门诊大额疾病申请，定点医疗机构将符合申报条件的申请资料定期汇总上报市医疗保险管理服务中心进行复审，市医保中心将复审结果反馈至定点医疗机构，再由定点医疗机构通知患者。审批通过的参保患者可持社保卡自愿选择一所定点医疗机构进行就医购药并可即时结算。参保患者在病种限额内只需支付个人应负担部分，基金支出部分由定点医疗机构先行垫付，再定期与医保部门进行结算。

目前，我市审批通过的门诊大额疾病患者约 6 万人，并且以每年 8000 人的速度在递增；全市二级以上定点医疗机构 15 家，平均每家定点医疗机构慢病门诊接待量就达 4000 人，再加上普通门诊、“两病”门诊、门诊统筹等一些列业务带来的人流量重复叠加，使原本紧张的门诊窗口工作更加不堪重负，窗口医患矛盾风险逐年加大。面对现有经办服务的状况，参保群众一方面感受着国家医保政策的亲民惠民，另一方面体验着相对滞后的就医环境，医保改革的红利得不到完全释放，老百姓的获得感大打折扣。于是，现状对我们医保经办服务能力与服务水平提出了更高的要求。

三、阳泉市“互联网+门诊大额疾病”工作的主要做法

早在 2015 年，阳泉市第一人民医院就开始尝试通过“互联网+”的糖尿病全院一体化管理平台，把糖尿病医生虚拟前置到全院不同科室住院的糖尿病患者身边，和不同科室医生

协同治疗，形成了以病人为中心的整体协同医疗的新模式。在“医联通”慢病管理云平台上，共分为医生端、患者端和配送端，三个端口的信息交互共享，建立“医防融合、全流程一体化”的慢性病健康服务体系，搭建了完整的慢性病防控生态。在医生端，不仅能够根据患者较真实、准确的身体指标来实现医疗资源的合理配比划分，还能鼓励各医疗单位专业人员，利用自己的碎片化时间，对自己的出院病人在线跟踪随访，通过糖尿病管理平台，延伸专业医疗入户，从而实现对居家糖尿病患者的专业化保障。在患者端，只需要患者在家里有一部智能手机即可，患者通过可穿戴的生命指数采集设备，把数据传给后台医生，医生的手机可以接受的这些数据，实时在线指导患者，真正实现了家庭专科医生在线服务，让糖尿病患者居家舒适化生活状态下完成治疗。在配送端，目前云平台已经对接了国药山西国康阳泉连锁有限公司零售大药房等大型药品配送平台进行居家配送药品服务。这样，在互联网云平台的基础上，医生、患者、配送，三方紧密配合，合力拓展了糖尿病线上就诊渠道。

既然“互联网+”糖尿病门诊大额疾病实现了线上就诊，能否实现线上医保报销结算？高血压作为常见的门诊大额疾病，能否纳入“互联网+”的范畴？医保部门与医疗机构如何线上合作，共同为阳泉“互联网+医保”出谋划策？于是，新的思路促使医保与医疗及时联动。

2020年，经市医疗保障局相关工作部署，历经筹备、协调和反复磋商，今年8月6日，市医疗保险管理服务中心与

阳泉市第一人民医院、国药山西国康阳泉连锁有限公司零售大药房签订了《阳泉市“互联网+医保门诊大额疾病线上服务”三方服务协议（2020版）》，同时积极协同医联通网络运行企业对现有医保信息系统进行改造。这标志着我市“互联网+医保门诊大额疾病线上服务”正式起步。经过大量的数据联网测试，在确保数据传输正确、流程衔接通畅、结算比例无误的基础上，8月28日市医疗保险管理服务中心下发了《关于我市开展“互联网+医保门诊大额疾病线上服务”项目上线的通知》（阳医险函〔2020〕29号），标志着我市互联网+医保门诊大额疾病线上服务正式开展，我市医保门诊大额疾病业务正式进入“互联网+”时代。

四、阳泉市“互联网+医保门诊大额疾病”工作成效

阳泉市一位55岁的女性患者，患有糖尿病及糖尿病并发症，平时很难做到对自身身体数据进行准确监测。作为“互联网+医保门诊大额疾病”受益者，患者端生命指数采集系统的出现，帮助她解决了很多的困难和麻烦。如今除了自己，她的家人也能够通过亲情账号，帮助她通过微信小程序“医连通”患者端平台，上传记录身体数据，而且还能根据线上医生开的医嘱买到送货上门的处方药，上午下单后当天就能送药到家，既方便快捷又省时省力。

今年9月3日，我市北大街小学一名参保职工通过线上运行平台完成了我市第一笔“互联网+医保门诊大额疾病线上服务”结算，整个操作过程高效顺畅、患者服务体验满意度较高。

截止今年 10 月 31 日，全市高血压和糖尿病的门诊大额疾病患者在线上运行平台已备案 569 人，线上可供选择医生 119 人，线上累计办理业务 365 人次，定点药店工作人员实际上门配送药品 347 次，涉及门诊费用 20.59 万元，医保基金支付 12.39 万元。“互联网+医保门诊大额疾病线上服务”试点工作成效开始显现。

“互联网+医保慢病”是时代发展的产物，通过这一平台，不仅能促进提高基层医疗技术水平，而且拓宽了基金结算渠道，同时也能形成了不同级别医院间纵向联诊联治的创新管理模式，实现病人按实际病情需要，难重病人上收到三级，基础慢病和康复期病人回到基层医院治疗的目标，为推动门诊大额疾病分级诊疗工作做出贡献。

五、“互联网+医保慢病线上服务”的时代意义

百姓的呼声在哪，改革的红利就在哪。需求导向要求我们医保部门要建立一套完善的医疗保险制度，以满足人民群众日益增长的医疗服务需求，国家政策的支持与老百姓的呼声将医保部门的改革任务推到了十字路口，如何管好用好老百姓的救命钱是医保部门工作最根本的出发点和落脚点。医疗技术的进步和医药产业的发展是医药行业改革的红利点，我国人均寿命得到了延长，老百姓看病有了希望，改革红利得到了释放；但经济发展与社会进步带来了医药行业利润的暴涨，行业利润增长超过了普通民众收入的增长，看病贵的问题得以显现，医药行业改革的红利逐渐消失。

随着国家医保制度的建立，医保制度改革的序幕拉开，

对医药费实行政府报销制度，不仅解决了老百姓的看病贵问题，而且减轻了国有企业的经营负担，新一轮改革的红利得到释放；但随着社会主义市场经济体制的发展完善，特别是民营企业的发展壮大，公立医疗机构以药养医、药品流通领域不畅等一系列问题暴露无疑，医保制度无法解决看病贵问题时，医保改革的红利又一次面临消失。

时代在变革中发展，当我国社会主要矛盾由人民日益增长的物质文化需要与落后的社会生产，转变为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分发展之间的矛盾时，人民群众便对医疗、医药、医保的发展提出了更高的要求，医药卫生体制改革势在必行，“三医联动”的改革方案呼之欲出。公立医疗机构取消药品加成，国家谈判药品制度实施，区域联盟药械带量采购等一系列政策组合拳的出击，正在确保新一轮的改革红利持续释放。

站在新的历史节点上，医保部门作为医改的组成部分，承担着医保基金收支平衡、分级诊疗政策杠杆、经办服务便捷高效的重大使命。我们经历了“保基本、强基层、建机制”的医保起步阶段，走过了“一站式服务、一单制结算”的医保发展阶段，面对改革的深水区，“线上办、网上办、不见面、少跑腿”又对我们医保工作提出了新的标准和要求，“互联网+医保”就是我们要创造的红利，就是我们要发展的方向。

畅通便民高速路 创新服务惠民生

吉林省吉林市社会医疗保险管理局

吉林市社会医疗保险管理局为市医疗保障局直属的参照公务员法管理的全额拨款事业单位。主要负责全市城镇职工和城乡居民的参保登记、待遇支付、慢重特病管理及全市医保定点医药机构的协议管理等经办服务工作。共有经办工139人，全市有局本级和四城区经办中心五个经办地点，设置便民窗口20个。近年来，吉林市医疗保障经办机构以开展“不忘初心、牢记使命”主题教育和“放管服”改革为依托，通过不断深化改革，切实优化经办流程，着力简化群众办事手续，努力改善医保服务环境，让服务零距离、服务高质量、服务更高效，逐步建立实行了多点经办式“一窗受理、集成服务”医保经办服务体系。特别是在疫情防控期间，率先树立“非必要、不窗口”经办服务新理念，得到省长专题批示并在全省推广，参保群众的获得感、幸福感、安全感有效增强。

一、深化主题教育，凝心聚力筑亲情为民之风

吉林市医保经办机构按照国家、省医疗保障局要求，以开展“不忘初心、牢记使命”主题教育为依托，努力把窗口作风建设列为首要任务，坚持统一研究部署、统一组织实施、统一监督检查，切实将窗口服务推向新高度。自市医疗保障行政机关成立以来，吉林市医保经办机构坚持以党建聚人心、学习促业务的理念，坚定不移的将主题教育落实、落细。特

别是新一届党总支班子成立以后，积极采取“走出去、请进来”的方式，积极邀请市委党校、市委党史研究室、市局机关党委等多名领导专家，为全体职工讲授主题党课。定期组织党员干部，开展祭扫烈士墓、重走抗联路、参观驻军纪念馆等活动。同时，还从党总支和党支部两个层面入手，全面加强“三会一课”，组织全体中层干部和全体党员开展自查自纠自述活动，每名干部认真剖析经办服务过程中存在的短板和差距，通过换位思考，全面梳理亲情为民的服务理念，在基层组织建设得到明显强化的同时，促使办事群众幸福感大幅提升。疫情防控期间，医保经办机构坚持把打赢疫情防控阻击战作为重大政治任务，第一时间全员进入战备状态，印发了《发挥基层党组织战斗堡垒作用和党员先锋模范作用的通知》，对于涉及报销、基金、政策等重点单位、处室取消节假日假期，成立了基金拨付、就医报销、政策协调、对外宣传等4个工作小组，对口联络、各司其职，层层传导压力、层层明确责任、层层落实任务，从严从实抓好疫情防控工作。做到哪里任务险重哪里就有党组织坚强有力的工作、哪里就有党员当先锋作表率，让党旗在防控疫情斗争第一线高高飘扬。

二、创新经办模式，非必须不窗口树高效便民之风

年初以来，吉林市医保经办机构主动出击、大胆创新，在全省范围内率先树立“非必须、不窗口”医保经办服务新理念，通过强化医保线上服务信息建设，不仅避免了参保市民外出聚集办理医保业务，真正缩短了医保便民服务“最后一公里”。一是实现了基础业务“掌上办”。以“吉林市社会医疗保

险管理局”微信公众号为基础，将城乡居民和灵活就业人员的参保缴费、异地就医备案、个人参保凭证等 28 项服务事项纳入线上经办，专门编印了《医保“码”上办》操作手册，按职责对口建立了 20 余个微信沟通群，努力引导办事群众和参保单位“网上办、掌上办”，方便服务对象足不出户办理医保业务。二是实现了查询业务“电话办”。今年，吉林市“96618”医保咨询公共服务平台正式对外服务，组建了医保专职话务员队伍，搭建了联通专线，配备安装了吉林市医保网上大厅显示屏、医保线上服务软件和 12 部咨询电话机。三是实现了异地报销“邮寄办”。联合市邮政局，共同推出了基本医疗保险治疗费报销、医保关系转移接续业务通过邮寄办理新方式，进一步提升了医保经办服务的便捷性、高效性。据统计，吉林市医保线上办理个人、单位医保业务前三季度共 41 万 6308 笔，电话咨询 6 万零 561 人次，微信咨询 10 万 7615 人次，线下办理窗口业务 8 万 3934 笔。

三、优化管理机制，夯实基础创贴心服务之风

吉林市市区内共设有龙潭、昌邑、船营、丰满 4 个城区，2014 年以前各城区分别设立医保经办部门，由区政府统一管理。2014 年 7 月 1 日，我市将各城区医保全部纳入市级统一管理，建立实行市级统筹，实现了同城同待遇。因此，吉林市医保经办覆盖了全市经办服务地点 5 个，成为省内首例多点全覆盖式经办模式，极大方便了群众就近办理医保业务。基于这一特点，吉林市医保经办机构全面打造了“一窗多能”的综合柜员服务模式，即一个窗口可办参保、结算、异地就

医等多项业务。将个人经办业务全部下移至区级经办机构办理，构建完成了“全城通办”的经办体系，达到了参保群众“即来即办”的工作目标，全部实现了“最多跑一次”。网站公开的124项业务不用预约，只要手续完整，均可实现“最多跑一次”。目前，吉林市共有医保业务经办事项134项，实现“零跑动”事项30项，即来即办61项，窗口受理快递送达33项，即实现“零跑路”和“最多跑一次”事项有124项，达到全部事项的92.5%，已在政府网站向社会公布。另外，为进一步提升便民服务质量，吉林市医保经办大厅还实行了“双局长”大厅值班制度和全员轮岗引导制，每天都有班子成员和干部提供面对面服务，得到来访群众的高度赞扬。

四、强化内部管控，刀刃向内肃清正廉洁之风

加强党风廉政建设和反腐败工作是新时期医疗保障领域的重中之重，吉林市医保经办机构更是将“外防欺诈骗保、内防监守自盗”纳入经办服务的首要位置。一是完善内部管控机制。严格落实“一把手”责任制，各项经办业务工作实行分级授权负责管理，工作岗位按照不相容职务相互分离设置，业务工作建立了经办、初审、复核、审批岗位制约机制，并且所有业务经办操作留痕。建立人员资格、交流轮岗和任职回避制度，实行窗口与非窗口双向流动、热点部门与非热点部门双向流动，因工作岗位特殊原因仍需要在原岗位工作的人员，安排在部室内部进行轮岗，有效规避了岗位工作风险。组织印发了“业务经办内部控制管理制度及工作规则与管理制度”，所有工作人员严格按照制度做事。二是定期排查整改。

近年来，吉林市以“省风险管理专项行动回头看”工作契机，教育职工充分认识经办风险管理工作是规范经办行为，联合会计师事务所共同开展吉林市医疗工伤生育保险基金筹集、使用及管理情况的审计检查工作，以刀刃向内的决心严防内外勾结，欺诈骗保。三是严格基金监督。为使医保基金监督工作逐步实现制度化、常态化、规范化监督管理，吉林市医保经办组织开展了常态化排查工作，梳理完成了涉及4大方面14项具体隐患的风险防控任务清单，制定完成了整改工作报告。今后，吉林市医保经办将要坚持抓好政治监督、权力监督、制度监督、作风监督，盯紧“关键岗位”、“关键少数”，加强党风廉政建设和反腐败工作，永葆经办队伍的纯洁性，推进医保经办工作高质量发展。

大数据推进医保经办精细化管理

浙江省台州市玉环市医疗保障局

目前，全省推广医保支付方式改革。医保经办机构在支付方式改革过程中既面临结算方式改变带来的变革，同时又接受着改革浪潮下医保经办精细化管理能力的考验。基于此，玉环市依托医保经办系统数据，在多点实地考察基础上，结合玉环医保工作实际，建立起大数据分析平台，以大数据推动医保经办精细化管理上新台阶。

一、基本情况

2019年，台州市全面启动县域医共体基本医保支付方式改革，玉环市作为台州市门诊按人头付费方式改革省级试点和规范医疗机构临床行为规范评估工作试点先行先试地区，以大数据分析为抓手，在台州市率先开发“医保支付改革数字化平台”，旨在解决“预算执行信息不对称、年终清算争议大、拉锯耗时过长”；“互动参与度低、对临床诊疗行为缺乏体系管理”和“改革成效评估不精准、问题干预不及时”三大痛点难题，以大数据推进支付方式改革、规范临床行为及精准医疗救助等医保经办精细化管理。

二、主要做法

（一）依托大数据平台科学分析基金运行。

“医保支付方式改革数字化平台”实时采集、分析、共享全市医疗机构、参保用户医保基金使用、诊疗、就诊等数据，

重点对均次费用、基金使用率、市域外就诊情况、病种结构等重点指标进行跟踪，通过对资金、技术、人流等方面综合分析，动态掌握市域内诊疗情况、医保基金使用情况等，一天一更新，推动各个医疗机构根据基金预算执行情况进行合理科学控费和自我监督，最大程度确保医保资金安全运行，也为助推医保支付方式改革提供数据支撑平台，取得了良好的成效，该平台目前已申报省大数据局观星台项目。另外，门诊按人头包干专报信息得到副省长成岳冲批示，被国务院办公厅录用。

（二）借力临床行为考评规范诊疗行为。

在推进医保支付方式改革的同时，我市积极推进临床医疗行为规范评估工作试点，控费和提升医疗服务质量两手抓、两手硬。

一是组织保障，协商出台实施方案。搭建了由市医保局、市卫健局、市级医院组成的工作专班，研究确定《玉环市推进医保支付方式改革促进临床医疗行为规范示范点创建试点工作实施方案（试行）》、《玉环市定点医疗机构临床医疗行为考评办法（试行）》，建立起临床医疗行为全流程监督管理机制。

二是全面定标，规范行为对症下药。围绕玉环市两大健共体集团及其他医疗机构，从医保政策科学性、医疗服务治理有效性、医疗服务供给、医疗服务能力、病案质量控制五个方面进行考评指标细化，针对基层医疗机构，从医疗质量、医保基金管理、医疗服务三个方面进行考评指标细化，并形

成具体明确、数据化、可视化的三级考核指标，对考核目标值量化赋分，确保平时考核考细、考准、考实。

同时，组织我市医疗专家、业务骨干共同整理一套科学系统的慢病临床路径规则，依托医保支付改革数字化平台，搭载门诊慢病临床路径管理系统，实现诊疗模式标准化，规范医生以最合理的医疗方案进行治疗，减少变异、降低成本、提高质量，切实保障参保人员的切身利益，改善医患关系。

三是科学考评，四色预警强化监管。临床行为规范考评原则上为一年一次，考评结果根据分数分级，和四色预警机制挂钩，80分以上绿色，79-70分黄色，69-60分橙色，60分以下红色。针对四色实行不同预警实行分类综合监管，考评结果纳入医疗机构医保基金绩效管理考评范围，并与基金拨付挂钩，与评先评优挂钩。连续两年红色预警的，退出医保定点协议管理。

（三）便捷医疗救助助力医疗扶贫精准化。

我局自 2019 年 3 月份与市民政局进行医疗救助工作交接，对照全省“两个百分百”工作目标，积极做好医疗救助各项工作，严格执行救助政策。在 2019 年 4 月实现了基本医疗、生育保险、医疗救助“一站式”结算，改“待遇申请”为“主动救助”做到“不丢一人，不落一户”，医疗救助资助参保率和待遇政策落实率均达到 100%。

三、发展成效

一是基金增长过快的趋势得到明显遏制。今年 1-10 月职工、城乡医保基金使用额度分别为 79.64%、69.81%，比计划

进度少支出 1790.31 万、1604.56 万，同比下降 3.88% 和 18.7%，门诊次均费用分别下降 5.34%、4.37%。基层就诊率提高 9.11%。高血压支出费用同比降低 29.53%（184.44 万），次均费用同比降低 20.34%（9.46 元/次），糖尿病支出费用同比降低 1.22%（3.04 万），次均费用同比降低 1.71%（1.08 元/次）。

二是参保市民诊疗费用有效降低。职工医保门诊人均费用 2706.14 元，去年同期为 2916.74，人均费用同比下降了 7.22%；城乡医保门诊人均费用 1049.46 元，去年同期为 1134.93 元，人均费用同比下降了 7.53%；高血压、糖尿病患者人均住院费用分别下降 513 元、724 元。参保人员就医成本显著下降，个人医疗经济负担大力减轻，有效预防因病致贫、因病返贫现象。

三是慢性病实现提前预防和控制。通过与市卫健局业务协同合作、数据共享，引进社会力量和社会资本（互联网、保险业、银行业）开展慢性病防治工作，动态监测慢性病的患病率，分析危险影响因素，提升居民主动管理健康的意识，变“被动医疗”为“主动健康”，将慢性病的发生遏制在摇篮之中。

四是与医疗机构之间的结算效率提升。将原先年终清算后再付费的结算方式，改为根据预算总额指标按月预拨 85%，年终清算后付余款的模式。减少了纸质数据报表，减少了结算纠纷，结算速度提高 50%，大大减轻了医疗机构资金压力，提高了效益。

五是实现医疗救助对象无感办理。通过与市民政局、扶

贫办、退役军人管理局等单位业务协同合作、数据共享，打通部门间信息不对称的弊端，精准定位救助对象，实现救助对象就医过程中实时刷卡救助结算，有效缓解其垫付医疗费用的压力。2019 年底实现省内定点医疗机构医疗救助“一站式”结算，2020 年参与玉环市精准扶贫“幸福码”平台建设，实现医疗救助对象条件申报、审批、基本医疗结算、医疗救助拨付全周期“零跑次”，更有扶贫结对人员上门确认信息，通过数据平台上传救助需求，医保经办线上审核办理，符合条件予以直接拨付。

六是提升医疗救助服务水平。通过信息系统及时标注参保人特殊身份标记，定点医疗机构医保医生端口可通过读取参保人信息，直接获取医疗救助对象特有标识，促使医保医师理性诊疗、用药，实现医疗救助主动救助、精准救助、便捷报销、主动降负。另外，将救助对象的自负比例纳入了临床医疗行为规范评估的内容。

随州市治理“痛点” 疏通“堵点” ——打通医保扶贫服务“最后一公里”

湖北省随州市医疗保障局

医保扶贫的关键在于解决好“因病致贫、因病返贫”的问题，服务贫困患者“最后一公里”的问题。湖北省随州市作为一个年轻的地级市，人口众多，财政基础薄弱，人民的医疗保障水平较低，全市因病致贫，因病返贫人口超过 2.5 万人，占全市贫困人口 13.4%。特别是近年来倍受关注的边沿户、脱贫监测户中，超过半数均因病造成。如何解决好这两个问题，该市给出的答案是，在落实医保待遇上再提升，在医保费用结算上再提速，在服务参保患者方式上再创新，切实解决贫困人员看病贵、自付费用高、医保出院结算来回跑的问题，有效提升农村贫困人员的幸福感、获得感。

一、背景

患者陈燕武，男，27 岁，随县草店镇三道河村精准扶贫对象，因股骨头无菌性坏死一个年度内住院 2 次，总医疗费用 21.4 万元，其中政策范围内费用 20.7 万元，基本医保报销 9.7 万元，大病补偿 7.2 万元，补充保险报销 3.3 万元，自付 5000 元。在工作人员对其回访时，其父亲陈富榜泪流满面的对工作人员说：“感谢党对我们贫困户的关心和照顾，如果没有这么好的政策，我这一家彻底没有希望了，我们根本无法生活，儿子今年治病的费用就是 20 多万元，如果没有医

保扶贫的政策，自己要出好几万，全家几年的收入都没了，现在自己只出了 5000 元，给我们减轻了很大的负担。”

陈燕武的母亲杨道萍也紧紧握着医保工作人员的手说道：“今年，儿子出院时，不需再象往年分别到医保和保险公司等部门跑报销手续，在医院直接把该报销的都报销了，给我和他父亲省了不少时间，可以去打点零工，挣点钱，添点家庭收入。还有，通过上次你们的电话回访，还帮我把儿子到武汉看病的转诊手续也办好了。今天你们又上门进行回访，实在是让我心里过意不去，太感谢你们了！”

以上案例说明，医疗费用过高是贫困患者看病就医的“痛点”，医保住院费用结算，部门分设、手续复杂是贫困患者看病就医的“堵点”，只有治理好贫困患者看病就医的“痛点”，疏通“堵点”，才能助推医保扶贫取得实效。

二、做法

该市医保局始终把治理好贫困患者看病就医的“痛点”，疏通“堵点”作为医保扶贫工作重心。

一是切实提升待遇。该市通过精准数据测算，深入调查分析，多次调查研究，结合本市实际情况，出台了《随州市农村贫困人口基本医疗有保障实施细则》，确保建档立卡农村贫困人口通过实行基本医疗保险、大病保险、医疗救助、补充医疗保险“四位一体”一站式结算，在统筹区内住院医疗费用个人实际报销比例为 90%，重大疾病、特殊慢性病门诊医疗费用个人实际报销比例为 80%，年度个人实际负担医疗费用控制在 5000 元以内，最大程度的降低了贫困人员的个

人医疗费用负担。

二是创新结算模式。该市医保部门联合卫计、扶贫、商业保险公司等多个部门，创新工作方式方法，建立数据共享结算平台。在医保结算信息系统的基础上，进一步优化完善“一站式”结算系统功能，实现与医院信息系统、扶贫信息系统的有效对接，推行“一站式”服务，同步实施“先诊疗后付费”，实现“一票制”结算，贫困人员就医只需凭社会保障卡或其他有效身份证件办理入院手续，入院时缴纳起付线费用，出院时一张结算单缴清个人自付费用即可，不用到各个部门来回跑路，结算时间由原来的1个月变为即时结算。

三是延续贴心服务。该局要求工作人员对所有的贫困患者出院后开展回访，这个对患者进行回访的做法深受贫困患者的好评，可以说也是该市医保扶贫工作中的一大显著特点之一。该市医保局介绍，通过回访贫困人员患者有三大好处，首先，通过回访可以面对面向患者直接宣传医保扶贫政策，介绍其医疗费用的详细情况，增强了贫困患者对医保扶贫的认同度；其次，通过回访可以由被动服务变为主动服务，譬如说，转外就医的贫困人员，由于外地医院不能与该市的医疗救助、补充医疗保险信息联网，这样，患者出院后，还要再拿着各种证件分别到本地民政、保险公司去报销。但在回访过程中，工作人员可以直接从患者收集到相关的信息，然后录入到结算的平台中，通过网络直接按政策将应报销的待遇划入其本人账户，患者不用再跑路；最后，通过回访，还可以给贫困患者提供其他的一些需求。比如：办理再次转外

住院的转诊手续或者本人及家庭其他的就业创业等需求，既方便患者看病就医，又多途径的帮助其脱贫。

三、成效

该市通过提升医保待遇，创新结算模式，提供连续的贴心服务，切实解决了贫困人员看病贵、费用结算难的问题，打通了医保扶贫“最后一公里”，全市各级定点医疗机构贫困人口住院结算实现了“一站式”“一票制”即时结算，转外就医的贫困人员医疗救助、补充医疗保险待遇实现了网络直接划拨。此举已惠及全市 17.6 万余名建档立卡贫困人口。今年元至九月，全市贫困人口住院就诊 50380 人次，总费用 25918.26 万元，基本医疗报销 18368.35 万元、大病保险报销 1312.79 万元、医疗救助支付 3255.67 万元、补充保险支付 49.34 万元、其他保障报销 84.72 万元，实际报销比例 88.69%。其中，贫困人口县域内住院就诊 48535 人次，总费用 22773.64 万元，政策范围内费用 21728.58 万元，基本医疗报销 17066.25 万元、大病保险报销 801.37 万元、医疗救助支付 2674.55 万元、补充保险支付 36.86 万元、其他保障报销 80.12 万元，合计支付 20659.14 万元，实际报销比例 90.72%。

精简备案材料 优化备案流程 全面实现“零跑腿、不见面” 异地就医网上备案

河北省医疗保障局异地就医中心

河北省医疗保障局深入贯彻落实国家医疗保障局和河北省委、省政府关于深化“放管服”改革决策部署，以强力推进异地就医网上即时备案为抓手，着力破解群众在异地就医中存在的跑腿、垫资等痛点、难点、堵点问题，努力改善广大群众的医疗保障服务体验，进一步提升幸福感和获得感，运行一年多以来为参保群众提供了极大的便利。

一、工作情况

（一）改进异地就医备案服务，实现网上即时办理。

2019年7月，河北省医疗保障局印发《关于进一步简化和规范异地就医住院医疗费用直接结算备案手续的通知》（冀医保函〔2019〕69号），统一全省异地就医备案管理，本着“凡是找人能办的证明材料、事后可以补充的证明材料全部取消”原则，取消暂住证、工作证、转诊转院备案表等一切不必要的材料，全面推行备案承诺制。同步自主研发部署“河北省异地就医备案平台”，实现凭社保卡号、身份证号即可网上即时备案，7月18日在省本级进行了先行先试，到8月28日所有市、县全面上线运行，全省所有城镇职工和城乡居民参保群众，不仅可通过医疗保障部门门户网和微信公众号进

行异地就医自助网上备案，目前我局与河北省政务服务大厅实现网上互联互通，还可以通过“冀时办”手机 APP 进行异地就医自助网上备案。

（二）加强网上备案政策宣传，扩大政策受众范围。

全省各级医疗保障部门采取制作展板和宣传册，在各级医保经办大厅和定点医疗机构进行展示和发放；在医疗保障门户网站和微信公众号向参保人推荐；通过电视台、报纸等媒体广泛报道；工作人员通过电话及一对一现场指导等形式，大力开展网上备案政策宣传活动，不断扩大异地就医网上备案的知晓率。

（三）逐步完善网上备案系统功能，提升经办服务便利化水平。

添加了操作指南、各市异地就医咨询电话等信息，方便参保人查询操作流程和咨询电话；在不同操作界面增加了多条必要的提示，使界面提供服务更加人性化方便自助备案，异地就医网上备案平台功能得到进一步优化和完善。

（四）疫情防控期间异地就医备案服务便民、利民举措。

新冠疫情期间，为方便参保群众异地就医，减少交叉感染风险，**一是**专门制作发布异地就医网上备案操作指南小程序，通过河北省医疗保障局官网和微信公众号的“疫情期间医保政策早知道”，让更多有异地就医需求的参保人更方便了解备案流程和政策；**二是**制定相应政策对无法完成备案的“视同备案”给予现金报销；**三是**在微信公众号各统筹区陆续开通“智慧医保助手”模块，对常见医保政策问题，实现了医保政

策咨询即时回复，极大的方便了参保群众。

（五）积极申请成为国家自助开通异地就医直接结算服务的试点，落实相关衔接工作。

我局积极申请并获批成为国家自助开通异地就医直接结算服务首批试点，制定工作方案，要求各统筹区落实相关工作，按照“免证明材料、免经办审核、即时开通、即时享受”的原则，推行告知承诺制，按国家部署适时统一使用国家医保服务平台 APP 和国家异地就医备案小程序进行异地就医网上备案。

二、取得成效

（一）实施异地就医网上备案，参保群众省时、省力、少跑腿。

实行网上备案前，异地安置、异地长期居住和常驻异地工作人员，需在异地居住半年以上办理暂住证，或准备其他证明材料，再到参保地医保经办机构办理手续才能异地就医；转诊转院人员需由参保地定点医疗机构填写转诊转院备案表，再到医保经办机构办理手续才能异地就医。取消一切不必要的证明材料，实行网上备案后，改变了必须在工作日、到经办大厅办理备案手续的现状，实现了全年 365 天、全天 24 小时网上即时备案，实现了“零跑腿、不见面”的异地就医备案服务。

（二）异地就医备案人次大幅增加，便民成效显著。

2019 年 9-12 月全省统一网上备案后，异地就医备案共计 26.06 万人次，较 2018 年同期增加 9.82 万人次，增长率

60%;2020年1-8月异地就医备案共计73.98万人次,较2019年同期增加34.05万人次,增长率85.27%,直接结算人数的增加,减少了异地就医患者的跑腿、垫资。

(三)网上备案率稳步提升,受到广泛认可和欢迎。

从2019年9月至2020年10月,全省异地就医总备案人次121万余人次,其中网上备案95万余人次,平均网上备案率从2019年9月的26%提高到2020年10月的91%。

(四)网上备案社会效应凸显,社会关注度和群众知晓率持续提高。

今年,人民日报刊登《全民医保,群众满满获得感》文章,肯定了我省异地就医政策给群众带来的便利;河北广播电视台《新闻6号线》栏目宣传报道了我省异地就医先进经验做法、《阳光热线》栏目对我省异地就医网上备案做法进行了专访。

(五)积极向国家报送异地就医亮点工作,总结推广我省经验做法。

2020年7月向国家医疗保障局报送《关于在全省范围内实现异地就医网上备案有关情况的报告》(冀医保呈〔2020〕58号),得到李滔副局长批示“河北的经验值得总结推广,请监管司以适当方式加大宣传推广力度”。2020年9月《河北大力推进跨省异地就医直接结算便捷化服务》被国务院办公厅政府职能转变办公室作为“深化‘放管服’改革优化营商环境典型经验100例”。

三、工作体会

（一）选择异地就医患者多为理性就医。

开通异地就医网上备案后，我省参保群众异地就医备案的便利化程度大大提高，通过数据分析看，群众异地就医相对比较理性，绝大多数是因患复杂疑难、危重大病，才转诊到异地医疗技术水平较高的医院就医。在与到京津就医的患者或家属的沟通交流中，多数表示，一般也不愿到外地就医，因为会增加交通、住宿等生活费用支出，也会给家属陪护带来不便。

（二）间接促进我省医疗技术和服务水平提升。

北京、天津有着比较丰富的优质特色医疗资源，河北毗邻京津，异地就医更加便利，近年来随着异地就医人员的增加，我省医疗机构危机感逐步增加，主动提升医疗技术水平和水平，降低医疗费用的意识进一步增强，有利于增强竞争力。

我省将按照国家医疗保障局工作部署，不断优化异地就医自助开通直接结算服务，多角度、全方位、线上线下同步加大宣传力度，进一步提升服务便利性和可及性，努力提升参保群众体验感和满意度。

落实“最初一公里”打通“最后一公里” 让医疗保障服务浸润民心

黑龙江省佳木斯市同江市医疗保障服务中心

黑龙江省同江市医疗保险经办服务中心自 2019 年成立以来，认真贯彻落实党的十九大关于“兜底线、织密网、建机制”的要求，紧紧围绕国家、省市医疗保障制度改革工作的“最初一公里”，以精细化管理打通群众服务的“最后一公里”，打造了具有同江特色的经办模式和具有医保温度的服务模式。

2019 年以来，国家、省医疗保障局、佳木斯市委、市政府和人民日报、新华社、今日头条、凤凰网、黑龙江日报等主流媒体刊发同江医保经办工作动态 96 篇；典型经验在新华出版社《医疗保障制度改革与发展的实践探索》上发表；医保扶贫和行风建设被省医疗保障局选树为先进典型并进行了经验推广；全省脱贫攻坚市际交叉互检被检查组选树为正面典型；获同江市“先进党组织”荣誉。同江市医保扶贫群众满意度、医保经办事项办结率和网办事项群众满意度均高于 99%。

一、建立“三色预警”因病返贫监测机制

迅速落实习近平总书记决战决胜脱贫攻坚座谈会关于加快建立防止返贫监测和帮扶机制的重要讲话要求。2020 年 3 月，首创医保因病返贫“三色预警”机制。对贫困人口基本医疗、大病保险、医疗救助“三重保障线”合规费用报销之后

的自付费用从 3000 元到 10000 元以上划分为“红、黄、蓝”三个风险类别，进行风险识别并分类建立措施。一是自付费用 **3000—5000 元为一般风险，蓝色类别**。对待遇落实情况入户监测，向政府发布预警信息；对定点医疗机构自付费用药品目录维护情况进行检查，避免应纳入报销范围的药品未进入报销药品目录；将定点医疗机构减少政策范围外的药品、器械（治疗必须品除外）的使用，降低贫困人口自付费用纳入协议管理；协调卫健部门对预警贫困人员重点进行医疗服务和医疗救治；协调帮扶单位点对点入户加大帮扶力度，制定有针对性的帮扶措施。二是自付费用 **5000—10000 元为较高风险，黄色类别**。在蓝色风险应对措施的基础上，协调行业部门根据自身行业优势和政策支持，采取措施帮助预警贫困人员减支增收；协调民政、残联、乡镇和政策兜底部门作为临时救助、低保、特困、残疾人标准和政策兜底的重要参考。三是自付费用 **10000 元以上为极高风险，红色类别**。在蓝色、黄色风险应对措施的基础上，经各项政策待遇保障和帮扶救治后仍影响基本生活的，动员社会力量实施救助。向阳镇新兴村某建档立卡贫困户因患胃癌住院治疗，个人自付费用超过 10000 元后被医保部门监测为红色风险发布了预警信息，及时给予了医保待遇兑付 39630 元，民政、乡镇、帮扶单位也根据预警信息对其合力进行政策帮扶和项目帮扶，增收 7729 元，保证了基本生活不受影响。截止目前，医保局先后发布贫困人口因病返贫监测预警信息 101 人，核查了 14 个定点医疗机构的药品目录和政策内治疗费用占比。对因病返

贫预警人员制定有针对性的帮扶措施 370 余项，保障基本医疗待遇 215.46 万元，政府和社会实施救助 78.76 万元。

二、打造“网上通办”智慧型医保平台

一是打造网办医保平台。于 2020 年 1 月开通医保“不见面”服务大厅。医保变更、注销、医保关系转移接续、异地就医备案等采取手机、电话、远程指导医疗机构等网络方式实行“不见面”式业务服务，网办业务 24000 件，办结率和群众满意率 100%。二是打造数据自助查询平台。建立了参保数据、门诊慢性病数据、账户收支数据、医保扶贫数据、医保各项政策、业务办理流程等 14 个模块，通过展示屏和居民身份证实现自助查询。三是开通医保专职“客服”。为进一步提高群众医保办事的服务水平和体验感，选派了 2 名素质过硬年轻干部负责医保公众号的业务的受理，必要的见面办理可根据群众需要改为邮寄办理，进而实现医保经办业务“网上通办”。同时，办结情况网上向群众反馈结果，得到了群众的普遍好评。

三、“便民六办”提升群众办事舒适感和满意度

一是“两减一压”简化办。减少医保报销提供病历、等办事程序 7 项；减少急诊转院出具转诊证明等审批要件 5 项；压缩异地就医结算等办理时限 9 项。二是“十问十答”宣传办。针对新生儿如何办理医保、办理慢病如何申报、如何办理转诊转院和异地居住登记备案手续等群众最关心的内容以问答的形式进行通俗易懂的解释说明，在市区公交站台、广场等 12 处地点设立了医疗保障便民“十问答”广告牌，受到群众

好评。三是一次性告知回访办。将参保缴费、报销结算等 29 项医保经办业务的所需要件、办理流程、办理时限、服务标准一次性向群众公示告知。业务办结后，对群众进行回访和满意度调查，梳理群众反馈的意见，对服务进行不断完善。四是完善设施舒适办。新增了 1 处服务窗口和 2 间群众休息室，配备了电子屏、饮水机、无线网、报刊栏、老花镜等便民设施，建设了专供残疾人和老人使用的无障碍通道和援助热线。五是网格运行上门办。20 名经办人员分别对接 10 个乡镇 86 个村屯和 10 个社区，会同教育、民政、基层卫生医疗机构组建医保网格，面对面服务群众。制作医保缴费动员倡议和网上缴费使用流程，逐个小区、逐个单元、逐村逐家逐户实施点对点动员，医保参保率同比上升了 3 个百分点。解答和解决参保缴费和看病费用报销等实际问题 610 余个。对 7 名孤寡老人、失独家庭、重度残疾人、精神疾病参保患者和 4 个重点招商引资企业上门办理医保业务。六是接受评价规范办。制定了《业务管理规范》、《内控检查评估》等制度和经办人员“八个多一点”、“三美”、“五不准”工作守则。引入金融部门服务评价体系和设备，17 名医保窗口服务经办人员现场接受群众对服务质量的好差评，群众对窗口经办服务质量好评度 100%。

四、“双管齐下”持续保持基金监管高压态势

一是持续拓宽宣传途径。2019 年以来，持续开展医保基金“反欺诈”活动进医院、进药店、进广场、进社区、进乡村活动，发放执法宣传海报、宣传单 4 万余份，群众对医保基

金使用和监管的认知度、参与度进一步增强。二是**严厉打击欺诈骗保行为**。2020年，采取突击检查和暗访等方式，对全市定点17家定点医疗机构和54家定点零售药店开展了为期5个月的专项治理，进行专项检查154次，提出整改意见76条，拒付基金5.4万元，依法依规进行行政处罚3.7万元。对于违规定点医疗机构和定点零售药店，暂停协议6家，全市曝光6家，约谈5家，调离定点医疗机构基金管理岗位1人。

五、“战疫”“阻汛”任务中扛起医保担当

一是**多措并举筹集防控物资**。疫情防控初期，应对药店不进医疗用品、物资渠道不畅通等诸多不利因素，筹集医用防护服、护目镜等防控物资价值19万元，极大地缓解了战疫初期防控物资严重不足问题。严把安全使用等四个关口，按需向全市群众供应酒精10000余瓶。实行“双证限购”和人工联网销售，向群众平稳销售口罩80000余片。二是**送暖排忧解难关爱一线工作人员**。为抗击疫情一线的93名公安干警购买了“新冠肺炎防控人员险”，每张保单累计赔偿限额500万。提前为支援武汉8名医疗队员建立医疗保障绿色通道。三是**建立重大疫情医疗救治费用保障机制**。疫情期间预付各定点医疗机构医保基金1270万元。对敬老院、福利院和私人养老机构22名老人进行待遇监测并及时参保。同时，**阶段性减征80家企业职工基本医疗保险费**280余万元，为定点零售药店复工协调金融贷款82余万元。医保全员参与，所负责3处卡口200余天疫情管控和常态化客运管控零差错，均被评为规范化卡口。在秋季防汛工作中，局机关和经办机构13名突

击队员连续一个月 24 小时在 400 米堤防值守，及时发现并处置多处渗水点，经受住了洪水考验。

互联网+医保，为群众提供方便快捷安全高效的服务

河北省廊坊市医疗保障局医疗保险管理中心

廊坊市医疗保障局全面贯彻落实党中央、国务院、省委、省政府以及廊坊市委、市政府“放管服”“双创双服”改革思路，“大智移云”（即“大数据、智能化、移动互联网和云计算”）和“互联网+政务”发展规划，加快职能转变，整合医疗信息数据资源，推出了集风险控制、优质服务、科学保障和高效经办为一体的“智慧医保”服务平台，平台以网站、微信公众服务号、手机 APP、自助服务一体机为主要载体，借助多种途径，实现了公告发布、政策解读、信息查询、业务经办等功能。目前已覆盖 100 余家定点医药机构，为 14000 余家参保单位、400 余万名参保人提供安全、便捷的线上医保服务，以更快更好方便单位群众办事为导向，深度挖掘医保经办与互联网融合发展的潜力，推进实体经办大厅向网上延伸，真正实现了“数据多跑路、群众少跑腿”的目标。廊坊“智慧医保”成功入围“改革开放四十年地方改革创新 40 案例”，中国经济体制改革杂志《改革内参》、省委深改办刊物《河北改革动态》予以刊发，国家医疗保障局副局长陈金甫，市委书记冯韶慧予以肯定性批示，并在全省医疗保障工作会议、市委深改会上作了经验介绍。

一、基本情况

(一) 搭建网上办公平台，方便单位和群众办理业务。

整合数据资源，搭建网上办公平台，将物理大厅升级互联网大厅，逐步形成线上办理为主、线下办理为辅的办公格局。目前推出的网上办理业务主要有：

1、网上参保。参保单位与医保经办机构签订网上申报协议，可在网上办理人员增加、减少、长驻外地人员申报以及单位和人员部分信息修改业务。全部取消纸质材料上报，双方通过电子签章对提交和审核的结果进行确认，单位可从网上随时了解单位缴费状况，减少单位经办人员奔波之苦。目前全市实施网上申报业务的单位已达 14000 多家，网上申报占业务量 90% 以上。

2、网上缴费。城乡居民可通过关注“廊坊医保”微信公众号在线申请参保和缴纳医疗保险费，实现了足不出户，随时随地进行参保缴费和信息修改，同时有效解决了重复参保等问题。2019 年度，全市城乡居民通过网上缴费人数达 331 万，收缴医疗保险费 7 亿多元，线上缴费率 100%。

3、网上备案。参保人员可通过“廊坊医保”微信公众号在手机上办理异地就医（包括转诊转院、异地安置等）、生育保险等各种备案手续，不必再到医保经办机构办理相关业务。依托全国异地就医结算平台，累计为 5 万余名异地安置、转诊转院等人员办理跨省异地就医手续。

4、网上办卡。在“廊坊医保”微信公众号中，参保人员上传身份证等相关资料，即可网上申请办理社会保障卡，并通

过短信的方式通知领取社会保障卡。自网上申报开通以来，已有 86 万多人网上申办社会保障卡。

5、网上开卡。今年进一步推出了社会保障卡网上激活业务，参保人不必再跑定点医药机构激活开卡，目前已有 23 万人在网上激活开卡。随着进一步推广，网上开卡的人数逐步增多。

6、网上管理。尿毒症患者可通过“廊坊医保”微信公众号在手机上申请单病种管理，基础透析费用 100% 报销，切实减轻尿毒症患者负担。

（二）整合信息资源，完善各种信息查询服务。

提供各项医保政策业务信息是“智慧医保”的基础服务。不断完善政策业务信息，努力为参保人员提供方便、快捷的信息查询服务。目前已推出各项医保**政策业务信息查询**，包括政策信息、业务流程和办理指南、服务网点查询、定点医药机构信息查询、药品目录信息查询等。**个人账户收支明细查询**，可以实时查看个人账户信息，及时了解账户资金收支情况、余额信息、参保状态是否正常等；**社保卡制发进度查询**，输入姓名、身份证号，即可实时查看个人社会保障卡的制卡进度，是否可以领取；**医疗费用报销进度查询**，输入医疗费用报送单号，像查快递一样查询医疗费用报销进度；**个人健康档案查询**，可以实时查询个人健康体检报告、检查检验报告及购药记录等信息。

二、主要做法

“智慧医保”率先在全省推出“诊疗一卡通”，将社会保障

卡、就诊卡、金融卡功能“三卡合一”，同步支持支付宝、微信、银联等移动支付，参保人社会保障卡绑定后，就医网上结算不再排长队。参保人可通过手机微信、APP、网站、医院自助服务一体机等，便捷享受预约挂号、自助缴费、诊间支付、报告查询、送药上门等 30 余项服务。在全国率先推广“先看病后付费”服务模式，病人去医院就诊，可以直接在手机或网上挂号后，直接去找医生看病，医生在开具检查或药品处方后，在手机上即可完成缴费，或通过授权在全部诊疗结束后再付费，并将检查、化验及用法用量发送到参保人手机中，通过减少三长一短（挂号、收费、取药时间长，医生看病时间短）现象，减少患者去医院次数，减少排队次数，减少患者在医院停留时间。目前，已在网上挂号及结算报销 69 万余人次，平均每日近两千人享受网上挂号及报销服务。

同时，在药店推出手机扫码结算服务，绑定社会保障卡后，无须使用社会保障卡，通过扫码方式支付医药费用，目前已在定点药店运行，已有 56 万人次享受该项服务。

三、发展成效

（一）管理向下贯通，打造四级网上管理平台。

为有效解决“上面千根线，基层一根针”和村级末端工作难的问题，“智慧医保”打造了市、县、乡、村四级网上管理服务平台，通过管理服务智能化向下延伸，打通经办服务“最后一公里”难题。该平台可实现全市城乡居民医保工作同步经办、可视化管理和全流程监督，将服务触角直接延伸到每家每户，村民可按户自助参保缴费及办理医保业务，有效解决

村里工作人员不足和工作难问题。

（二）平台数据共享，助力医保精准扶贫。

认真落实省市关于扶贫攻坚工作系列决策部署，依托医保市县乡村四级云管理平台，对建档立卡贫困人口进行精准动态管理。与民政、扶贫、卫计、财政等部门，按照权限实现了信息实时共享，对政府帮扶人员实现精确指导，问题精准反馈并及时有效解决。基本医疗保险、大病保险、医疗救助报销实现“一站式”结算，“三重保障”制度进一步完善。

（三）监管触角前延，筑牢医保基金防线。

在省级医保智能监控系统应用基础上，按照“以防为主、防治结合”的原则，从医院、医生、参保人、病种等多维度分析管理，加强对医保基金和医疗服务的实时监控、智能甄审和预警稽核。多维度全面分析定点医疗机构的日常管理，对定点医疗机构实行全面的“事前提醒”“事中提示”和“事后审核”，医疗费用不合理支出和过快增长等现象得到有效管控。

目前，“廊坊医保”微信公众号关注人数达 205 万人，注册用户 126 万，成为全国各地市医保影响力最大的媒体公众号之一。随着平台功能不断开发和完善，“智慧医保”将打造成为综合性的民生服务平台，“不进医保门，能办医保事”，使参保人充分享受社会发展和技术进步成果，享受全新的服务模式。

汕尾市以信息化建设为突破口 全力打造“五新”医保

广东省汕尾市医疗保障事业管理中心

医保经办服务是医保部门为民服务“窗口”，关系人民群众的切身利益，关乎医疗保障政策的落地实施。汕尾市以信息化建设为突破口，借助全国首个上线国家医疗保障信息平台这阵“东风”，进一步优化医保经办服务质量，着力提升医保经办精细化管理水平，全力打造“新医保、新平台、新经办、新服务、新形象”。

一是以体制机制重建为抓手，打造规范化“新医保”。市医保部门成立伊始，把机制重建作为重中之重的工作来抓，针对医药机构管理开展专题调研，按照“放管服”要求，结合工作实际，构建了“1+1+N”医药机构协议管理机制，先后出台了《汕尾市基本医疗保险定点医药机构管理办法》、《汕尾市基本医疗保险定点医药机构协议管理经办规程》、《汕尾市医药机构协议管理定点评估办法》、《关于加强全市医疗保险定点医药机构申办工作廉洁优质服务的通知》、《汕尾市基本医疗保险定点医药机构分级管理实施细则》以及《汕尾市医疗保障局关于加强定点医疗机构内部医保精细化管理的通知》等一系列文件规定，简化定点经办规程，从准入条件、申请受理、评估签约、协议管理、变更管理和退出机制等细化经办业务，进一步明确医保行政部门、经办机构和医药机

构的主体责任。在推进平台上线的同时，注重加强医保经办机构 and “两定”机构的规范化管理，全面收集了全市医保经办机构 and “两定”机构的信息，全方位梳理现行政策。尤其是注重督促指导“两定机构”严格按照标准做好信息系统改造对接工作，平台上线后，通过后台大数据分析、人工智能技术，规范“两定”机构管理，强化医保基金监管，打击欺诈骗保现象。

二是以信息平台上线为契机，打造标准化“新平台”。今年年初，汕尾在全省率先完成了定点医疗机构、医保医师、医保护士、定点零售药店、医保药师、医保门诊慢特病病种及按病种结算病种的基础信息维护上报工作，在医保信息化工作打下了良好的基础。今年9月份按照国家医保局、省医保局关于医保信息平台上线工作的部署安排，全面启动国家医保信息平台上线工作，建立了部门联动机制，各定点医疗机构和参与项目各厂商密切配合，在项目技术团队和全市医疗保障系统夜以继日的努力奋战下，顺利完成了系统需求分析、政策配置、数据转换、业务验证等上线准备工作，全力打造了标准化的新平台。国家医疗保障信息平台上线后，将逐渐改变医保信息系统现存的弊端，逐步实现全国范围内医保业务编码标准、医保数据规范和医保经办服务的“三统一”，从而推动医保经办服务精细化管理，提高医保经办、治理能力。同时，这对定点医疗机构而言更是一个大利好。一家医院医保负责人曾经为外地参保人住院结算问题感到苦恼，来自全国各地病人，有的是在户口所在地参保，由于各地的医

保信息业务编码标准不统一，结算比较复杂，不仅需要耗费一定的时间，医保基金到账周期也长，给医院的资金周转带来了挑战。所以当国家医保信息平台 11 月 1 日在汕尾上线后，他高兴的表示说：“国家医保信息平台采用 15 项医保信息业务编码标准、30 类信息化建设标准，从技术标准体系上进行了绝对的统一，打通了不同地区就医的壁垒，这将为我们提供了更加高效便捷的就医结算服务。”

三是以简化经办流程为手段，打造便民化“新经办”。汕尾市一直以来大力推进“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”，简化经办流程，打造便民医保。在国家医保信息平台上线后，汕尾市充分利用平台强大、全面的功能，进一步推动简化流程，为参保人员就医身份提供认定，为跨地区就医人群和异地医疗机构提供便捷高效的备案、及时结算，最大限度方便参保人办理就医购药、查询医保信息、转移接续医保关系、就医结算、异地就医等医保业务。比如核查参保人待遇重复享受这项工作，医保经办机构以前需要通过邮寄或者电话的方式联系外地的医保部门请求协助核查，这样一来一去，经常需要一段时间才能得到结果，不仅耗费了参保人的宝贵的时间，同时由于邮寄或者其他方式传递信息难免会出现不确定性，造成参保人的信息安全问题。现在，医保经办前台人员只需通过系统输入参保人个人信息，就可以查询到参保人的参保信息和待遇享受情况，这大大节省了参保人的时间，也提高了医保经办机构办事效率。

汕尾人周先生，到市外一间医院住院就医，他办理了异

地就医备案登记后，后台人员对他提交的资料 24 小时之内进行了审核通过。到了要出院的时候，因为忘了带医保卡，一开始担心办理不了结算，到了医院医保结算窗口，工作人员告诉他可以使用医保电子凭证进行结算，并让他打开“粤医保”微信小程序，一步一步指导他激活医保电子凭证。用不上 10 秒，他就成功激活了医保电子凭证，并打开了二维码，工作人员用扫码枪一扫便完成了结算，全过程还不到一分钟。

四是以优化服务方式为延伸，打造贴心型“新服务”。新的平台打通了全市定点药店，支持参保人线下购药的在线医保支付。汕尾市在继续做好原有服务渠道的基础上，通过微信公众号、发送手机短信信息大力推广医保信息平台 and “粤医保”微信小程序，做好平台上线后的服务延伸，为参保人提供更多贴心的服务。汕尾市退休职工王大爷，因患有慢性病，每个月定期都要到药店买药，但是由于年纪较大经常忘事，有时会忘了带医保卡出门，在定点药店买药的时候，常常药挑好了，结账的时候才想起忘带卡了，又要跑回家拿卡去。前段时间，王大爷的儿子通过汕尾医保局的微信公众号了解到国家医保信息平台上线的消息，并知道医保电子凭证。回到家后，就马上给王大爷的手机开通了电子凭证。现在，王大爷每次购药只需带上手机，再也不用排队付现金，也不用带卡，直接出示手机二维码就可以买到药了。

湖南人陈先生，一年前来到汕尾工作，这几天身体出了点毛病，医生建议他尽快动手术。由于是在老家买的医保，担心湖南老家那边医保政策跟这边不同，在汕尾医院住院的

话报销可能比较麻烦，回湖南老家治疗来回又很麻烦，所以一时难以决定。带着疑虑，他来到经办窗口咨询，工作人员听了他的情况后，跟他说明了新上线的国家医保信息平台统一了全国各地的医保编码、业务标准和技术标准，实现异地就医即时联网结算，出院时享受湖南参保地的医保待遇，不用回去老家办理办理报销手续。听了工作人员的话后，陈先生脸上的担心一下子消散了，当天下午就在汕尾某医院办理了入院手续，经过了手术治疗，病治很快好转了可以出院了，办理结算的时候医院按照湖南老家的医保待遇政策标准给予了挂账处理，陈先生只需付个人自付的部分，不用再跑回老家办手续。

五是以干部队伍建设为核心，打造狮子型“新形象”。一直以来，汕尾市注重医保经办队伍的建设，深入开展系统行风建设，出台《汕尾市医疗保障工作廉政守则》“十五不准”，强化人员政策理论和业务知识培训，提升服务能力和水平，着力打造一支忠诚干净、思想解放、思路开阔、敢打敢拼、敢于担当狮子型干部队伍。在这次医保信息平台上线工作中，全市医疗保障系统主动担当，发挥“敢为天下先”精神，切实肩负起了为全国、全省先行先试的重大责任，夜以继日努力奋战，圆满地完成了工作任务。在平台上线后，积极发挥出了医保经办一线的作用，对在运行中碰到的实际问题及时地向技术团队提出了意见和建议，促使平台不断完善，发挥出了为全国先行先试的试点作用。一位从事窗口经办工作多年的业务骨干，从10月26日旧平台停机开始，便没日没夜的

投入到系统切换工作中，协调项目团队技术人员，为基层经办人员及时解答业务上的问题，经常通宵达旦工作。一位已经到基层全脱产的挂职科级干部，接到医保信息平台上线的工作任务后，主动地回到了单位，参与了上线各项工作，为三目贯标、平台完善提供了诸多具有建设性的意见。市医保局的一位四级调研员，从平台上线后每天晚上都驻在局里项目团队办公的会议室，与团队技术人员一起，探讨工作、解决实际问题。诸如这样的医保干部还有许许多多，他们用实际的行动打造了“召之即来、能打胜战”的医保新形象。

广元市医保局 强基层 提服务 全面激活基层医保经办细胞

四川省广元市医疗保障局

一、基本情况

广元市位于四川北部，毗邻陕西、甘肃两省，高山地带，素有“蜀道咽喉”之称，辖四县三区，户籍人口 301 万，幅员面积 1.63 万平方公里，地广人稀、山高路险，加之是劳务输出大市，农村留守人员大部分为老弱病残人员。受地理条件影响，农村参保群众出行不便、办事成本高，亟需落实做强基层医保经办服务。

党的十九届四中全会召开后，我市认真贯彻国家治理体系和治理能力现代化建设的决策部署，抓住乡镇行政区划调整改革契机，围绕完善组织机构、充实经办力量、明晰职能职责、规范经办服务，扎实推进乡镇医保经办服务能力建设，推进窗口前移，缩短服务半径，下沉服务业务，切实打通医保服务“最后一百米”，实现了医疗保障经办服务体系乡镇全覆盖，基本构建起市、县（区）、乡镇（街道）三位一体的经办格局。

二、主要做法

（一）抓机遇，补短板，高位推动乡镇医保经办服务体系建设。

2020 年 1 月 3 日，广元市委七届十一次全会作出了《关

于深入贯彻落实党的十九届四中全会和省委十一届六次全会精神推进城乡基层治理制度创新和能力建设的决定》，明确“推进乡镇便民服务中心规范化标准化智能化建设，建立集综合治理、市场监管、综合执法、社会保障、医疗保障和其他公共服务、政务公开等功能于一体的统一平台”，将医疗保障能力建设写入推进乡镇便民服务中心规范化标准化智能化建设内容，着力弥补乡镇医保经办服务体系不健全和经办能力短缺制度短板。抓住全省乡镇行政区划调整契机，市、县（区）医保、编制部门提出乡镇医保经办能力建设建议方案，市委王菲书记专题听取汇报，提出明确要求。围绕完善组织机构、充实经办力量、明晰职能职责、规范经办服务等方面发力，为基层医保经办服务能力建设提供了坚强的政治保障。

（二）健筋骨，强细胞，完善优化乡镇医保经办人员组织架构。

市、县（区）医保部门和编制部门高度配合，着眼医保全民参保、普惠性强、即时性高的特点，各县区在乡镇行政区划调整、人员调整过程中大力争取，全市所有乡镇基本完成医保服务体系和能力建设。一是乡乡有机构窗口。全市 7 个县（区）145 个乡镇，均在乡镇便民服务中心设立医保经办窗口，撤并的乡镇原则保留经办点。其中，苍溪县、朝天区乡镇在便民服务中心加挂“医保便民服务站”牌子，旺苍县在乡镇便民服务中心加挂“医保服务中心”牌子。

二是多数有专岗专编。在行政区划调整改革和机构整合

过程中，各县区对医保功能完善进行倾斜照顾，能给专编专岗的给专编专岗，不能给专编专岗的给兼职人员。据初步统计，全市各县（区）给予乡镇医保专编专岗 150 个，其中，旺苍县 63 个，苍溪县 34 个。三是**乡乡有经办人员**。严格执行乡镇行政区划调整改革相关规定，坚持乡镇编制、人员为乡镇使用，在人员调配整合中，各乡镇均有分管领导，均有社会事业办公室作为行政指导，均配备专兼职人员 2-6 名，全市累计达到 274 人，确保每个乡镇有人经办医保业务。

（三）**建机制，强管理，持续推进医保经办业务稳妥有序下沉。**

一是**明晰职能职责**。充分发挥乡镇医保经办机构贴近群众的优势，加强业务梳理分析、调研指导，充分考虑乡镇经办服务能力，科学设置乡镇医保服务机构、窗口职能职责和事项范围。全市各县区基本将综合查询、参保登记、信息变更、参保证明、异地就医备案、医疗救助等职能下放乡镇。部分力量配备较强县区，还将辖区内职工医保征收工作适当下放。在职能下放的同时，根据工作需要下放相应权限，有力保障了乡镇服务机构责权一致。二是**健全制度机制**。各县区均依照业务范围建立乡镇医保工作业务规范、经办流程、管理制度、运行机制，全面加强乡镇业务指导和管理，切实规范乡镇医保经办服务工作。同时积极落实减证便民各项措施，优化乡镇医保经办服务体验。三是**完善管理模式**。坚持以块为主，医保窗口人、财、物均由乡镇统一管理，县（区）医保部门主要负责业务指导、工作统筹、人员培训等。昭化

区建立健全医保工作督查检查、业务通报和绩效考评机制，不定期到各镇医保服务窗口进行指导和检查，定期通报工作开展情况。苍溪县将医保工作纳入对各乡镇的年度绩效考核。朝天区建立医保部门和乡镇双重目标绩效评价机制，作为医保工作人员年度考核重要依据。**四是加强业务培训。**针对乡镇医保工作人员新手多，业务熟悉度不够的情况，各县区及时组织业务培训，提升服务能力水平。苍溪县举办医保业务集中培训，组建乡镇医保工作人员业务交流 QQ 群，加强业务交流与学习；利州区、昭化区通过“线上线下”、跟班指导、以会代训等方式，朝天区为乡镇医保工作人员印发《医疗保障工作手册》，提供工作指南，提升乡镇医保服务水平。**五是探索标准化建设。**小窗口孕育大能量，广元市大力推进医疗保障系统行风建设工作向基层延伸，积极探索乡镇医保服务经办标准化管理模式。利州区在宝轮镇等乡镇探索试点一窗、一标、一牌、一栏、一套“五个一”建设模式。一窗，即在乡镇（街道）设置一个或多个医保窗口，指定至少 2 名专业人员负责医疗保障服务工作；一标，即统一规范制作医保窗口服务背景墙，展示“中国医疗保障”官方标识；一牌，即亮出工作人员身份牌、岗位职能职责指示牌；一栏，即设置医保政策宣传栏；一套，即制定一套规范的办事流程，编印办事指南，指引群众办事。

三、发展成效

（一）业务下沉便民利民，群众获得感全面提升。

通过下放基本医疗保险参保登记、参保信息变更、缴费

基数申报、出具参保凭证、医疗救助、医疗费用报销、综合查询等高频经办业务到乡镇医保服务站，在乡镇医保服务站设医保综合服务窗口，各项医保业务一窗受理、一窗通办，办事群众只需提供一套资料，在医保服务窗口即可“一站式”办结，让群众在家门口就能办事、办成事，群众满意度、获得感明显提升。昭化区昭化镇城关村村民王某，因患胆囊结石伴有急性胆囊炎在西昌市人民医院住院治疗，在镇医保服务站“一站式”办理了异地住院费用报销、医疗救助等医保业务。

（二）经办服务提质增效，群众满意度全面提升。

持续减证便民，优化营商环境，精简证明材料，简化办事流程，优化医保服务，共计简化办事流程 10 余项，办理时限提速 85%，精简办事资料 30 余项，全程网办 50%。今年初，我们依托乡镇医保服务站全面核查了参保基础信息库。今年 9 月，我市首次通过银行批量代扣城乡居民医保征收缴费 110 余万人，缴费进度位于全省首位。

（三）窗口形象统一规范，群众体验感全面提升通过。

强化基层经办窗口能力建设，建立健全了基层经办服务各项制度，完善了乡镇医保工作业务规范、经办流程、管理制度、运行机制，推进乡镇医保服务清单制，制定标准化办事指南，公开办事资料、流程、时限，做到办事有依据、行为有约束，规范服务标准，落实经办服务“四项制度”。医保服务大厅配置叫号机、自助服务设备、“好差评”服务器、便民医药箱、老花镜、放大镜等便捷化、人性化服务设施。设

置综合服务窗口、党员示范岗、青年先锋岗，统一规范医保窗口标识和形象，打造医保服务标杆窗口，医保服务形象和群众办事体验全面提升。

聚焦堵点，创新举措，株洲市全面打通“两病”门诊用药“最后一公里”

湖南省株洲市医疗保障局

今年以来，株洲市医疗保障局针对“两病”门诊用药出现的宣传力度不够、申报认定不便、基层药品短缺等难点堵点，创新经办管理举措，克服疫情影响，全面打通“两病”门诊用药“最后一公里”。截止 2020 年 11 月 9 日，株洲市城乡居民“两病”门诊用药保障，高血压享受 105992 人，降血压药品费用 1201.1 万元，基金支付 706.53 万元，政策范围内报销比例 70%；糖尿病享受 49676 人，降血糖药品费用 1839.5 万元，基金支付 1008.71 万元，政策范围内报销比例 70%。

一、精准宣传，政策直达患者，确保“全覆盖”

“两病”政策要落到实处，政策宣传是关键。株洲市医保局实施精准宣传，由签约家庭医生将政策点对点宣传到所有“两病”患者。全市医保系统统一宣传口径、宣传内容，由基层医疗机构通过电子显示屏、印发宣传单、宣传画册、村（社区）板报墙报等载体，将“两病”政策宣传到村（社区）到户。炎陵县除基层医疗机构宣传外，还通过媒体宣传、网络宣传、合作银行和保险公司平台宣传等方式，全方位、立体化宣传“两病”待遇政策，在部分乡镇卫生院设立“两病”门诊用药专项保障政策宣传点，直接为“两病”患者提供政策咨询。

二、关口前移，家庭医生初筛，确保“申报准”

株洲市医保局简化流程实施精准申报，参保患者直接由家庭医生代填申请表，代办“两病”登记，患者只须签字确认即可完成“两病”申报。攸县石羊塘镇卫生院、皇图岭镇中心卫生院建立了“两病”网上申报微信群，没有签约家庭医生的参保患者可将本人基本信息和相关病历资料上传至微信群，由基层医务人员进行初步筛选，符合条件的，可直接预约主治医师就诊和购药；不符合条件的，不再前往乡镇卫生院申请“两病”待遇，可直接在村卫生室按普通门诊统筹待遇享受“两病”目录以外药品的报销。

三、主动服务，审核权限下放，确保“零等待”

株洲市医保局优化认定流程，“两病”患者可在基层医疗机构享受“两病”申报、认定、购药“零等待”即时服务；审核权下放至基层医疗机构，无需由医保部门审批，只需将审核资料建档备查；所有流程都在基层医疗机构一次性完成，“两病”患者一次办不等待。“两病”患者自通过认定的当月起享受门诊保障待遇，待遇享受期一年一定。茶陵县医保局通过共享卫健部门基卫信息系统“两病”患者名单，比对医保部门住院患者信息，将辖区内符合条件的参保居民全部录入医保信息系统。医保工作人员主动联系“两病”患者，告知其前往基层医疗机构就诊和购药，简化了流程，提高了效率。

四、保障需求，实行送药上门，确保“不出户”

经认定后符合条件的“两病”患者，可直接与家庭医生服务团队签约，建立电子健康档案和基础电子信息台账，由家

庭医生开具符合规定的“两病”门诊用药，按医保政策报销药品费用。2020年株洲市医保局出台《关于进一步做好城乡居民高血压、糖尿病门诊用药专项保障工作的通知》，对行动不便的建档立卡贫困人口“两病”患者实施送药上门服务，由基层医疗机构医保报账员承担系统录入名单、上传相关资料、打印用药清单、送药上门并告知用药注意事项及代收自负部分费用等职责。醴陵市率先落实送药上门政策，截止8月底，一共为200余名贫困“两病”患者开展送药服务，贫困群众足不出户就能享受“两病”门诊用药专项保障，提高了贫困群众的获得感。目前，株洲市医保局正逐步将送药上门服务拓展到所有“两病”患者。同时，为防控疫情，减少慢病患者前往医疗机构就诊的次数，株洲市医保局放宽“两病”长期处方限制，在疫情防控期间“两病”患者可免去评估环节，直接在基层医疗机构开具12周以内的相关药品。

五、强化考核，中选药品优先，增强“获得感”

株洲市医保局加强对“两病”集中带量采购中选药品使用的考核，一方面，要求配送药商及时、足量将中选药品配送到基层医疗机构，另一方面，要求基层医疗机构优先使用中选药品，并将配送到位、使用比例情况纳入服务协议考核。由于中选药品疗效佳、降价幅度大、能报销，全市基层医疗机构使用量较去年同期增长2倍以上。株洲市天元区栗雨街道月塘社区居民黄某，患糖尿病多年，之前每月在药店购买杭州中美华东制药公司的阿卡波糖片3盒，每月花费133.38元，没有报销；“两病”政策出台后，每月在社区卫生服务中

心购买拜耳医药保健公司的阿卡波糖片 3 盒,每月费用 16.26 元,医保基金支付 11.38 元,个人负担 4.88 元。个人负担的医疗费用由 2019 年的 1600.56 元减少到 2020 年的 58.56 元。随着带量采购中选药品全面落地,患者负担大幅减轻,获得感大幅提升。

六、突破难点,创设“医联体药柜”,确保“买得到”

株洲市荷塘区率先通过医联体为基层医疗机构配送药品,有效解决了城乡居民在基层就诊,部分药品无法在基层购买的问题。该区以区域内三级医院作为荷塘区区域医疗中心,各基层医疗机构与之签订协议,在基层医疗机构设立“医联体药柜”配送非基药药品,上级医院医生坐诊基层医疗机构,通过基层医疗机构与上级医院共同为居民服务,确保“两病”患者能服用质优价廉的药品,享受水平更高的医疗服务。目前,湖南省城乡居民“两病”用药 138 个品种,该区基层医疗机构能提供 90%左右品种的药品。

通过家庭医生签约服务和“两病”政策的引导,株洲市越来越多的“两病”患者在家门口就可以享受优质的医疗服务。他们不再凭自身经验或工作人员的推荐在药店、诊所就诊购药,或直接前往大医院就诊,而是自愿纳入基层医疗机构的慢性病健康管理,自觉接受家庭医生的指导,在基层医疗机构享受“两病”门诊用药专项保障。

建立医保医师制度 助力医保精确管理

河南省濮阳市社会医疗保险处

监管规范医务人员医疗服务行为，是长期以来医疗保险管理领域的实践难题和监管瓶颈。医保医师管理工作是医疗保险迈向精细化管理中不可或缺的一块。濮阳市社会医疗保险处紧紧围绕医务人员医疗服务行为监管这一崭新课题，积极探索实践，广泛吸收借鉴，初步形成了行之有效的医保医师管理办法，建立起较为完善的医保医师管理机制，在实践中形成了较为先进的管理模式并取得了初步成效。

一、开展医保医师管理工作的条件

（一）找准症结，超前谋划。

多年来，协议管理一直是医疗保险经办部门采用的传统管理模式，监管主体是定点医疗机构，对于影响医疗行为的直接责任人——医师却缺乏科学、有效的监管手段。2011年初，濮阳市社会医疗保险处在总结以往管理经验的基础上，通过走访医院、座谈研讨，于2011年4月22日，正式出台了《濮阳市社会医疗保险定点医疗机构医保医师服务协议管理办法》，提前完成了《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》中关于将监管延伸到医务人员的要求。

（二）领导重视，多方联动。

一项新政的顺利实施，离不开领导的重视和多方的支持。近年来，濮阳市医疗保险工作得到了省厅、市级领导的多方

关注。主管市长五次亲临医保处指导工作，领导的高度重视为创新工作的顺利开展提供了有力保障。同时，医保处采取多方联动工作机制，邀请纪检、卫生、审计等相关部门协同参与。形成了领导重视、群众关注、多方支持的良好氛围，为《医保医师服务协议管理办法》的顺利实施提供了有力保障。

（三）统一思想，医院配合。

实施医保医师管理，变更以往对医院的粗放式管理模式，实现对医师的一对一监管，肯定会涉及到部分人员的利益。做好此项工作，医院方面必须给予支持，要统一思想，坚定信心。医保医师管理不仅是医保部门的事情，定点医疗机构也应切实抓好本单位的医师培训、教育、资格申报、系统维护和日常管理工作，变被动为主动，共同提高管理效率和服务质量。

二、医保医师管理的主要做法及经验

（一）明确标准，规范准入。

我们规定只有取得执业医师资格或执业助理医师资格，能自觉遵守医疗保险制度和政策规定，愿意接受医疗保险经办机构的监督检查，而且近两年在为参保人员提供医疗服务时没有违规行为的，经考试合格的医师才可以申请成为医保医师，为参保人员提供医疗服务。

2011年5月，市城区27家定点医疗机构经资格初审合格的1512名执业医师，分别在9个考点同时参加了医保医师资格考试，考试内容主要涉及医疗保险政策、服务协议内

容、“三大”目录、经办业务流程等方面，邀请市纪检、卫生部门全程参与监督，对推动医保医师工作起到了积极作用。各定点医疗机构院长、科室主任、执业医师都表现出了极高的参与热情，共有 1512 名执业医师参加了资格考试，其中 1507 名考试合格者最终取得了《医保医师资格证书》。

（二）签订协议，持证上岗。

召开定点医疗机构医保医师服务协议签署工作会议，与全市 19 家定点医疗机构医疗保险经办机构与医保医师资格证取得者全部签订了《医保医师服务协议》，《协议》主要明确了医师应该遵守的医疗保险各项政策规定、积分制管理以及进行诚信医保医师评选等内容，有效期限为两年。2012 年 4 月，市城区 65 家社区卫生服务机构的 165 名全科医生，也通过考试取得了《医保医师资格证书》。

（三）记分管理，违约退出。

协议期内，我们对医保医师实行“违规记分制”管理，设定了详细的违规项目和具体的记分标准。针对违规情况按照 1 分、3 分、6 分、12 分分别进行记分，累计扣分达到 9 分的，将暂停该医师 6 个月的医保服务资格，累计达到 12 分的将与该医师终止医保医师协议。医保医师协议期满后，如无扣分记录的则自动续签协议，有扣分记录的则需重新考核。定点医院若有超过 10% 的医保医师被终止协议，该医院定点服务协议也将终止。

（四）科学管理，动态监控。

通过建立医保医师数据库，实行信息化管理，我们实现

了医保医师的医疗行为的实时、动态的监控。医保医师在为参保人员提供服务时，需将本人姓名一并输入计算机。非协议医师为参保人员开具的处方和发生的医疗费用，医保基金不予支付。对医保医师确认的违规行为，将通过计算机系统进行记分、警告、暂停、取消等处理。被暂定或取消医保医师资格的医师将无法为参保人员提供医疗服务。凡符合申请条件的医院新进医师，可随时申请登记，退休离岗及调出医师需及时办理协议终止或变更手续。

同时，我们定期对定点医疗机构医保医师发生的医疗费用进行统计，分析医师的诊疗费用、处方合理性、诚信及违规情况。对全市定点医院同级同类医师的医疗费用对比排序，对次均费用偏高、总费用偏高、有违规记录的医保医师进行重点监控。跟踪分析临床上用量较大药品的使用情况，尤其对癌症、心脑血管后遗症、重症肌无力、肝移植后抗排异治疗等高费用疾病重点监管，核查用药的合理性和合法性。我们还设立了专门投诉电话，鼓励参保人员、参保单位和其他社会组织对违反医保规定、骗取医疗保险待遇或造成基金损失的医保医师实行举报。

（五）阳光操作，奖惩并重。

一是医保医师资格考试邀请纪检、卫生部门全程参与监督；二是医保处将医保医师履行协议和违规记分情况，及时记入医保医师服务诚信档案，作为暂停或终止、续签服务协议、评选诚信医保医师的重要依据。三是定点医院将医保医师的个人信息和服务规范在门诊、住院等显要位置上墙公布，

设立意见箱、向社会公开监督电话，广泛接受社会各界的监督。四是医保处对严格遵守政策规定，表现突出的医保医师进行通报表彰，并在新闻媒体予以宣传，违规情节严重的予以曝光。定点医院将医保医师服务情况与其年度考核、工资待遇、职称评定等直接挂钩。

三、医保医师管理工作的成效

通过建立医保医师管理数据库，实施医保医师服务管理制度，建立积分制动态奖惩激励机制和诚信档案机制，加强日常检查与费用审核的协作管理，濮阳市已经形成较为完善的医保医师管理模式。这一管理模式在规范医师的医疗行为，为广大参保人员提供更加优质的医疗服务，控制医疗费用不合理增长、减少医保基金浪费、维护医保基金的公共利益方面的成效初步显现。

（一）医师行为全面规范，参保人员享受实惠。

医保医师管理机制运行以来，医保费用审核结果显示，以前难以遏制的“大处方”、“人情方”和“回扣方”数量下降 52.5%，平均处方费用下降 12%，全市个人门诊医疗费用月均降低 15.2 万元，参保人员得到了更多实惠。同时，通过严格的监管分析，对 4 家定点医疗机构中的 4 名医保医师进行了扣分处理，直接挽回不合理基金支出 13000 余元。市溶剂厂退休职工曹某患有脑溢血后遗症，以往每次住院看病都要在医师的“热心指导”下选择些名贵的“新特药”，个人负担沉重，苦不堪言。而现在医保医师主动为其推荐常见药，没有选择名贵的“新特药”，诊疗效果相当，却少花了 1600 多元。

（二）医保医师主动适应新规，呈现“三多”新趋势。

制度实施以来，该市医保医师深受触动，主动学习研究医疗保险政策的多了，多家定点医院的医保医师自发主动邀请医保中心人员前往宣讲政策；主动向患者普及用药知识的多了，设制用药“明白表”，向患者推荐常见药，在使用《药品目录》以外的药品时，主动征得患者的签字认可；主动钻研医技、提高诊疗水平的多了，医患矛盾减少，医疗服务更加优质。

（三）定点医院重塑内部管理，医保医师双重管理机制形成。

医保医师制度建立以来，各定点医院积极加强内部管理，主动建立各项考核指标，对本医院医保医师的医疗服务进行测评监督。如市人民医院制定《医疗保险住院患者管理规定》、《医疗保险患者转诊、转院暂行办法》，有效降低了转院率；市油田总医院先后出台《限制使用药品管理暂行规定》、《关于专项治理门诊大处方分解处方的通知》，规范医疗服务行为，提高服务质量；市中医院编印《医保医师服务管理汇编》、《医保医师工作量动态管理办法》，并根据医、护、技不同岗位进行有针对性的医保业务培训，促使医保医师合理用药、合理检查、提升服务。由医保中心、定点医院形成的医保医师双重管理机制基本形成，医保医师初步实现无缝隙精细化管理。

亳州市开启医保智慧监管模式 维护群众救命钱

安徽省亳州市医疗保障局

市医保局依托市政务数据资源，借助智慧医疗数据专线，通过搭平台、打通道、汇数据、设规则、筛数据等方式，实现基金监管信息有机整合，重塑基金监管流程和工作模式，提升医保基金监管精准化、规范化和智能化水平，坚决维护群众救命钱。

一是搭建智能监管平台。建成医保监控中心，配置 35 人专业团队，上线智能审核系统、OCR 扫描系统和医保医师诚信管理系统，实施定点医药机构事前提醒、事中控制和事后审核、报补案件智能扫描和医保医师积分制管理，初步形成“1 中心、1 团队、3 系统”的智能化监管平台。

二是打通数据传输通道。利用我市“智慧医疗”专线，打通全市医疗数据传输通道，督促全市定点医药机构及时、规范上传电子病历、费用清单、入出院记录等诊疗信息，形成“医疗机构-市卫健委-市数据资源局-医保监控中心”数据传输链条，做到医疗机构诊疗数据与智能监管平台及时对接。

三是归集汇总数据信息。借助市数据资源局大数据平台，协调公安部门、民政部门、市卫健委等有关部门，归集全市参保人员医疗数据、医保结算数据、公安居民身份数据、民政救助数据等信息，统一汇入医保智能监控平台，实现对全

市参保人员各类数据的有机整合。

四是设置智能审核规则库。运用医保三个目录，结合亳州医保政策，设置智能监管规则库，主要涵盖医疗政策类、临床知识类、管理经验类等 21 大类，466 个细则。利用大数据筛查的方式，调取、筛选医药机构诊疗信息，结合设置的监管规则，“线上”对医药机构违规行为发出预警，“线下”第三方稽核人员及时进行现场取证和确认，实现精准监管、重点监管。

五是提供监管决策分析。以全市近三年医保结算数据为基础，建成智能大屏数据展示系统，系统涵盖疑点事后审核分析（疑点审核占比、医院等级疑点金额占比、疑点金额分析）、重点药品监控分析（药品等级用量、药品金额分布占比、药品使用量排名）、诊疗项目专题分析（诊疗项目金额、排名、疾病类型诊疗项目分布）、医疗机构专题分析（住院率、接诊量、就诊类型分布）四大板块，直观的展示全市各级医疗机构医保基金使用情况，为全市医保基金监管决策提供强有力的数据支撑。

“互联网+智能监管”开展以来，全市 12 家二级以上公立医院和市区 275 家定点药店纳入智能监控平台，共收到事前提醒 28058 余次，涉及金额 573 万。14 家公立医院实现事中人脸比对智能，有效的遏制了虚假住院、挂床住院等违规行为。事后审核实现了对全辖定点机构结算数据全面审核，发现疑点约 12.06 万个，拟扣款金额约 1573.1 万余元。同时，严格“双随机一公开”制度，借助“互联网+监管”平台，对违规

典型案例适时公开曝光，公开透明接受社会监督，对全市定点医药机构起到警示教育作用，“不敢骗、不能骗、不想骗”的氛围初步形成。

实行慢病“六办理” 提供医保“心服务”

甘肃省庆阳市镇原县医疗保障局

一、基本情况

镇原县辖 6 乡 13 镇、215 个行政村、1991 个自然村，总人口 53.5 万人，是国扶贫困县、革命老区县、扶贫开发重点县，也是目前全省 8 个、全市唯一 1 个未脱贫县。2013 年底，全县建档立卡贫困人口 4.23 万户 17.23 万人，贫困发生率 36.21%；至 2019 年底，剩余贫困人口 3195 户 8570 人、贫困村 13 个，其中因病致贫返贫人口 1555 户。近年来，镇原县医保局努力践行习近平总书记以人民为中心的发展思想，聚焦医疗保障领域群众关心关注的“难点、堵点、痛点”问题，以群众满意为标准，进一步创新服务模式，全力打造“审批流程少、办事效率高、服务质量优、群众获得感强”的标准化医保服务品牌，构建符合新时代人民群众需求的医保服务体系，取得了较好成效。

二、主要做法

新时代赋予医保人新使命，新目标激发新动力。医疗保障工作是全县 48 万参保人员的健康保障线，为解决群众反映的门诊慢特病政策不清楚、办理程序复杂、报销不方便等问题，我们坚持“经办零距离、医保心服务”的服务理念，积极探索创新医保慢特病“六办”措施，推动医保经办服务向基层向群众延伸。

一是下乡进村“现场办”。我县人口众多，山区居住群众多，交通不便，到县城办理医保慢特病认定手续费时费力。我们主动出击，靶向对标，先后三批次组织 30 余名市县医疗专家和 24 名医保局干部，分赴 19 个乡镇和 13 个未脱贫村开展了医保慢特病现场筛查认定。在现场筛查的前一周，乡镇就向辖区的群众广泛宣传医保慢特病政策、所需资料和注意事项；得知在家门口就能办理慢特病的消息后，群众们激情高涨，当天早早来到乡镇政府、卫生院或村部排队等候。在认定现场，县级医院和乡镇卫生院提供巡回医疗车、超声机、生化分析仪、血糖仪、血压计等必要的检查设备；市县医疗专家们认真检查，现场出具检查报告单、开具诊断证明；医保局对符合条件的现场收集资料、现场认定，对需进一步检查确诊的现场一次性告知，并反馈各乡镇政府和卫生院及时督促办理，参与筛查群众 2.6 万余人，现场认定慢病患者 3712 人。方山乡李某说：“我患慢性病多年，年年吃药报销。前几天村医告诉我的慢性病今年到期了，要在县医院检查申报，可家里活太多又走不开，我正发愁呢，你们就来村上办了，真是太方便了，医保服务越来越好了！”。

二是绿色通道“简化办”。一些脑梗塞和脑出血后遗症患者、长期卧病在床患者、无人照料留守老人，由于行动不便，无法办理医保慢特病手续，致使药费无法报销。我们精准施策，采取“病人不动、医生动”的办法，简化办理流程和手续，提供上门服务。先安排村医和村组干部逐户摸排，再由乡镇卫生院派出有资质的医生入户检查并拍照，现场出具包含病

史、症状体征、临床表等要素的检查记录，完善其他资料后统一报县局组织专家认定。对于近两年因患医保慢特病在县级及以上医疗机构住院的，由负责报销的医疗机构复印住院病历，统一上报县医保局组织认定，进一步简化申报和认定程序。将高血压、糖尿病“两病”等疾病的认定权限下放乡镇卫生院，进一步方便了群众。

三是窗口受理“长期办”。疾病每天都在发生，与之相对应的医疗保障服务一刻也不能停滞。我们在县乡定点医疗机构医保办和政务大厅共设立了 22 个服务窗口，长期宣传、接受咨询医保政策并收集、受理群众慢病申报资料。群众申报慢病不用出乡，只需把资料交到乡镇卫生院，由工作人员统一上报认定，减少群众跑路。同时，经办窗口积极落实“一次性告知”“最多跑一趟”的服务要求，当群众资料不全时，经办人员与患者互加微信好友，可以通过微信补齐申报资料，极大地方便了群众。

四是入户普查“代理办”。一些群众患有医保慢性病，但不清楚政策，不知道怎样申报。我们对症下药，积极发挥部门联动作用，结合家庭医生签约和公共卫生服务，由乡镇卫生院和村医对辖区群众进行医保慢特病普查，指导办理医保慢特病，收集符合条件的患者慢病资料，代办医保慢特病认定手续。同时，组织脱贫攻坚帮扶干部，在入户帮扶过程中帮助收取户内申报资料，代办认定手续，让群众坐在家中就能享受到国家的惠民政策。

五是宣传政策“引导办”。为了让群众广泛了解医保门诊

慢特病政策并能享受医保待遇，我们精心编制印发了《镇原县城乡居民基本医保门诊慢特病有关政策告知单》10万张，详细告知了医保慢特病病种范围、报销标准、申报手续、报销程序、注意事项等政策，做到了一家一户全覆盖。同时，我们积极发挥宣传媒体的作用，广覆盖、不间断地在电视广播、镇原微视、乡村大喇叭、镇原医保微信公众号、乡村微信群中广泛宣传医保慢特病政策。在6月份开展的医保扶贫电话访谈工作中，为全县3717户未脱贫户、边缘户详细讲解了门诊慢特病政策，让广大群众清楚了医保慢特病是什么、怎样申报、怎样报销，进一步提高了群众的政策知晓率，积极宣传引导群众享受基本医保慢特病待遇。

六是网上申请“即时办”。往年，慢特病患者当年发生的门诊医药费用，要自己先全额缴纳，等到年底一次性报销，这样就造成一些花费较大的癌症放化疗、尿毒症透析等病人资金周转困难，影响治疗和康复。今年，我们联系网络公司专门开发了慢特病申报和报销模块，医疗机构即时在网上进行申报，加强规范化、精细化管理，提高工作效率。同时，医保慢特病患者在县内20家公立定点医疗机构门诊就医可实现即时结报，患者只缴纳自付部分，有效解决了患者“垫资金额大、无钱治疗”的困难，打通了慢性病待遇保障“最后一公里”。杜某是一名尿毒症透析患者，之前平均一周两次就要到平凉市医院去做透析治疗，虽然申请了医保门诊慢特病，但前期垫付费用的家庭不堪重负，能借的亲戚朋友已经借遍，但还因资金问题影响按期治疗，病情越来越严重；但

当他了解到镇原县第一人民医院可以做肾透析，而且出院就可以即时结报后，他高兴的说，国家的好政策救了我的命，感谢党！感谢政府！

三、发展成效

一是践行了以人民为中心的发展思想。党的十八大以来，以习近平同志为总书记的党中央把“健康中国”提升为国家战略，强调要坚持以人民为中心的发展思想和共享发展理念。新时代赋予了医保人新使命，我们以解决群众门诊慢特病突出问题为抓手，精准施策，对症下药，积极探索创新完善“六办”措施，全力打造“审批流程少、办事效率高、服务质量优、群众获得感强”的标准化医保服务品牌，为广大群众提供优质的医保经办服务，努力把老百姓的事办实办好。这是医保人践行以人民为中心发展思想的具体实践，也是构建符合新时代人民群众需求的医保服务体系的积极探索。

二是全面保障了参保群众慢特病待遇。在医保慢特病办理和报销工作中，我们通过广泛宣传告知、进村入户全面普查和集中办理、设立窗口长期受理等途径，点面结合、纵横结合，并建立工作台账，对申报、认定等环节逐个登记、逐人销号管理，使符合条件的参保群众基本上都申报了医保门诊慢特病。今年以来，新申报认定医保慢特病和“两病”11754人，复核历年认定在有效期内医保慢特病 25939 人，做到了应办尽办、应报尽报。目前，县内医疗机构即时结报医保慢特病患者 9205 人，一站式报销 1116.69 万元，其中城关镇张某在县中医院尿毒症透析治疗 25 次，一站式即时结报 5.88

万元，广大群众的医保慢特病待遇得到了有效保障。

三是提升了广大群众满意度和获得感。医保经办服务直面群众，其服务质量直接关系到政府的形象和群众的获得感。我们坚持医保服务永远在路上的工作理念，从更好地保障和改善民生角度出发，积极落实“一窗口办理”“一单制结算”“一站式服务”“让信息多跑路，让群众少跑腿”等“放管服”改革措施，主动提供上门服务，解决了“垫资”“跑腿”“等待”等群众关注的医疗保障领域“难点、堵点、痛点”问题，把党和政府的温暖送到了老百姓家中，广大群众的满意度和获得感显著增强。

衢州市慢病“门诊掌上通” ——慢性病门诊支付结算智能化应用

浙江省衢州市医疗保障事业管理中心

为深化“最多跑一次”改革，方便参保群众就医结算工作。衢州市医保局积极探索慢病处方医保在线支付，携手阿里健康打造了全国首个慢病处方医保在线支付开放平台，为广大慢病患者真正实现了“在家复诊”、“在线支付”、“送药上门”，可谓“利民之事，丝发必兴”，以实际行动践了以人民为中心的思想以及习近平总书记说的“人民对美好生活的向往，就是我们的奋斗目标”。

一、基本情况

为全面落实 2019 年省、市政府民生实事，我市于 2019 年 6 月底出台了《关于建立衢州市慢性病门诊医疗保障制度的通知》，全面启动实施衢州市慢性病门诊医疗保障，并于 2019 年 7 月 21 日开通了全市 372 医保定点零售药店的慢性病医疗保障直接刷卡结算，大幅度减轻了慢病患者的经济负担。但是，在慢性病患者实际的就医购药中，还是存在一些有待提升的方面。

（一）慢病患者复诊开方排队时间长，体验感欠佳。

中国的慢性病患者近年来急剧增多，去年有调查显示，中国慢性病发病人数已达约 3 亿。慢病患者在医院复诊购药的挂号排队长、看病等候长、取药队伍长，慢病患者又经常

需要到医院复诊开方，每次一个“标准流程”流程走下来，排队等待时长达两三个小时是常有的事。虽然慢性病门诊治疗扩大到指定药店，但百姓如果选择药店购药，还是必须要先到医院开慢病纸质处方，再跑药店刷卡购药，这种处方流转未从本质上给百姓带来便利。

（二）慢病患者选择网上购药，虽便利却不能刷卡支付。

随着电子商务的发展，网上购物已经成为生活的一部分。部分患者想省却跑医院和药店看病开药的麻烦，选择直接在网上购买慢病用药。购药便利了，却无法使用医保卡直接报销结算，需要自己支付购药资金，从而不能享受慢病政策报销的实惠。

（三）药店和医院的药品存在价格差，导致同病不同价。

目前，各个医院和零售药店之间，药品的价格都是不同的，所以慢病患者购药时，存在因所选择医院或药店的不同而造成的同病不同价的情况。慢病患者无法便捷地获取第一手信息，比对出自己所需药品在哪家机构价格最低，而挨家挨户查看价格地去“货比三家”则更是费时费力。如何让慢病患者买到最便宜的好药，得到实实在在的实惠，也是慢病政策实践中需要解决的问题。

（四）慢病患者复诊需先跑医院、再跑药店，未真正实现“最多跑一次”。

当前，衢州市人口老龄化日益加剧，慢病患者人数逐年递增。很多慢病患者在复诊取药的过程中要先到医疗机构开具处方，再到慢病指定的医保药店取药（因为有的医疗机构

慢病药品配备不全)。这样就造成了复诊开药要跑两次,与市委市政府推广的“最多跑一次”的便民宗旨是相违背的。

三、主要做法

针对上面存在的问题,衢州市医保局践行以人民为中心的思想,倾听百姓呼声、回应百姓期待,携手阿里健康打造了全国首个慢病管理在线支付开放平台。目前,我市的慢病处方流转平台已经开始运行,为慢病患者提供“在家复诊、在家刷医保、在家等送药上门”的全新医疗服务体验,切实解决了慢病患者排队时间长,取药不方便,多次跑等上述一系列的问题。

(一)建立全市统一处方流转平台,让处方在医院、药店间“可流转”。

全市处方流转平台连接互联网医院、线下医院以及零售药店。医院端,依托衢州市互联网医院平台门户,本着积极稳妥、分步实施的原则,先行选择市内两家三级医院——衢州市人民医院、浙江衢化医院作为试点。药店端,将华润衢州下属具备外配处方及电子处方承接能力的14家医保定点零售药店作为第一批试点,为慢病患者提供药品供应服务。处方按照患者选择实现在线流转。慢病患者完成复诊拿到处方,可“一键查看”有库存的药店,根据自身需要选取药店,到店刷卡购药。线下有确诊记录的慢病患者,不再需要跑医院,在家通过手机就能完成医患交流和复诊开方。

(二)发挥医保结算系统和支付宝功能,让费用在线“可报销”。

通过调用主系统医保结算功能，在符合医保监管下，为试点医院和药店提供在线医保的支付接口，对互联网医院的互联网诊疗服务、药店的电子处方实现在线医保结算，让慢病费用实现在线“可报销”。

同时，通过支付宝实现医疗费用自费费用结算。依托支付宝实名认证、金融支付、安全风险等功能，绑定电子社保卡，增强自付费用安全性。

（三）统一医保支付价，实现院内院外“零差价”。

所有通过平台流转的处方，药店的药品价格需比对医保支付标准，按医保支付标准结算，保证医保支付价格一致，实现院内院外零差价。从而，让慢病患者买到最便宜的好药，得到实实在在的实惠。

（四）构建全方位全流程智能化的线上监管体系，让医疗行为“可监管”。

平台上的所有医疗机构均依托线下实体医疗机构，通过浙江省各级卫生健康行政部门审批后，方可开展互联网医疗服务。通过平台可以实现从在线复诊到开具电子处方，所有处方来源可监管。建立全流程的电子处方监管体系，确保诊疗安全。事前针对入驻的医疗机构、医生、药品库范围进行限定审核；事中对复诊患者身份、复诊证明、处方审核；事后患者、医生、诊疗数据同步监管平台、违规数据实时预警。医保基金流不发生改变，保障医保基金安全。从医保经办机构支出户直接流向定点医药机构的账户，不通过第三方账户代为支付。医保局将与支付宝签订赔付保障协议条款，如因

支付宝方实名认证信息错误、用户支付宝账户被盗导致资金损失的，由支付宝方按照安全保障规则承担相应的义务。

四、发展成效

（一）慢病患者复诊“掌上开方”。

实施后，有线下确诊记录的慢病患者，不再需要定期跑医院进行复诊开方，在家就能完成复诊“掌上开方”。

（二）慢病患者购药“线上报销”。

实施后，建立全市统一处方流转平台，打通医院和药店多重壁垒，慢病患者完成线上复诊，通过电子处方实现在线医保结算。

（三）慢病患者取药“送货上门”。

实施后，系统自动显示附近纳入医保统筹药店和药品库存，患者在线选取药店后，药店将药品配送到患者手中。

五、下一步工作打算

一是扩大在线服务医院和药店范围。截至目前，衢州市人民医院和浙江衢化医院已可提供慢病全流程在线服务，华润衢州下属 14 家医保定点零售药店可为慢病患者提供药品供应服务。接下来将逐步扩大提供在线服务的医院和药店范围。

二是加强与省医保局的沟通。扩大互联网医院资源，依托全国异地就医结算平台，充分利用市外医疗资源。

三是逐步扩大慢性病病种。目前我市的慢性病病种共 12 个，以后将根据我市经济水平的发展和基金运行的实际情况，逐步扩大慢性病病种，让更多的慢性病患者，体验到更多、

更好、更便捷的医保服务。

优化医保治理 推动医保服务提质增效

重庆市永川区医疗保障局

2019年1月23日，永川区医疗保障局正式挂牌成立。永川医保局成立以来，外塑形象，内强素质，以区政府“服务公社”政务平台和医保驻医院服务站为载体，不断优化医保治理，积极探索医保经办精细化管理，统筹开展医保线上线下服务，特别是“诊疗项目事前审批”项目走在了全市前列，服务基层、服务群众成效明显，进一步提升了老百姓获得感、幸福感。

为进一步优化医疗保障公共管理服务能力，为参保人员和协议医院提供精准化、精细化和便捷高效的医疗保障服务，推进医保治理创新。5月20日，重庆市医疗保障局党组书记蒋建国、永川区委书记滕宏伟共同为永川区医疗保障局驻人民医院服务站揭牌，标志着重庆医疗保障局驻医院服务站在我区率先试点启动。

永川区医疗保障局在永川区人民医院一楼门诊大厅右侧，设置了100多平方米的驻医院服务站服务大厅，开展医保诊疗项目事前审批、医疗费用网络审核、现场检查、入院宣教、患者回访、特病申报受理等工作，并委派了4名业务技能强的医保局工作人员，为服务站开展工作提供了有力人才支撑。

66岁的苏武玲因诊断患“高血压病”在永川区人民医院

住院治疗，出院当天，他来到永川区医疗保障局驻人民医院服务站咨询办特病事宜。在工作人员的指导下，他只填写了特殊疾病申请表，递交了身份证复印件、住院病历等基本资料，便被告知可以回家等消息了。如果符合条件，区医保局会将特病证为其免费邮寄到家。相比于以前，患者需要亲自到区医保局提交相关资料，经审批合格后，还将再跑一趟医保局领取证件。自医保服务站进驻医院以来，真正实现了群众少跑路，解决了经办服务“最后一公里”问题。

目前，永川区已先后在区人民医院、卧龙医院等 8 家医保基金使用量大的二级及以上综合医院（重点是民营医院）开展了医保业务派驻试点。

特别值得一提的是，以此为契机，永川区针对医保基金监管难点痛点，改变既往事中事后费用审核“灭火”做法，采取“未病”先治措施，试点推行的“诊疗项目事前审批”，将监督关口前移，更好的加强医保费用的审核和监管，有效监督医保协议执行，减少小病大治和不必要的检查等违规行为发生。

“诊疗项目事前审批”其主要做法是，对医院 CT 检查、核磁共振检查以及 8000 元以上的高值耗材项目，近 20 种中医理疗项目，需经服务站审批后才准予纳入医保报销。据统计，1 至 9 月，共事前审批医保诊疗服务项目 42503 件，未审批通过 521 件，未审批通过金额 4.2 万元。

这是重庆永川区在优化医保治理和医保公共服务的一次改革探索，并实现切实为群众提供便捷高效的医疗保障服

务，有效解决经办服务“最后一公里”问题。

同时，永川区医保局依托永川区“互联网+政务”平台——“服务公社”，为广大市民提供城乡居民医保、异地就医、医保特病申报、以个人身份参加职工医保等4个项目，真正实现了“数据多跑腿、群众少跑路”的医保经办模式。

坚持问题导向，聚集资源整合， 着力构建三级联动考核机制

海南省医疗保险服务中心

近年来，海南省针对基本医疗保险定点医疗机构出现接收重复考核、多重考核现象且监督管理人手不足，专业技术人员少，造成监管不到位等问题，创新建立基本医疗保险定点医疗机构经办机构医疗服务质量联合考核机制，推进医疗服务管理行为科学化、规范化、精细化建设，实现全省一盘棋，为全国医疗经办机构服务质量考评提供海南方案。

一、创新考评机制，坚持“三统一”落实联合考核。

按照“全省一盘棋、全岛同城化”的要求，制定《海南省城镇从业人员基本医疗保险定点医疗机构服务质量考核考评办法》（试行）、《医疗保险服务质量日常考核考评表》、《医疗保险服务质量年终考核评分项目与标准》、《定点医疗机构服务满意度问卷调查表》、《定点医疗机构医保服务质量考核记录表》，将考核具体内容和指标进行项目细化、量化、标准化，采取统一考核办法、统一评价标准、统一方式方法的流程，科学制定考核办法和考核内容，合理设定考核指标和分值，从省、各市县、医疗机构三级抽调人员组成若干个考核组对各市县医疗机构进行交叉考核，结合日常和年终考核开展全省医疗服务质量联合考核工作，考核小组对各项考核内容逐项实施、按项计分，专册记录统计汇总，坚持严谨、规

范、高效原则，全面真实客观地考核结果也普遍得到经办机构 and 定点医疗机构的认可，进一步增强考核结果的准确度和权威性，促进我省医保工作平稳健康发展。通过创新联合考核机制，实现全省各级经办机构对定点医疗机构交叉考核、实现互认互同。

二、强化结果应用，树立考核“风向标”作用。

海南省推行定点医疗机构联合考核旨在改变一家定点医疗机构面对 21 家经办机构的轮流考核及不同的考核结果的局面，避免重复考核、人情考核等乱象发生，重点突出考核结果的导向作用，突出将考核结果与本年度质量保证金返还、年终清算、次年总额分配、分级管理和协议续签等挂钩。按照日常考核按 40%、年终考核按 60% 计入年度考核总评成绩，实行百分制计分，量化考核、分项打分，每个考核项目的分值扣完为止，等级按照优秀、良好、合格、不合格确定，2019 年度对 94 家定点医疗机构开展联合考核，海南医学院第一附属医院等 24 家定点医疗机构为优秀等次，占 26%，质量保证金全额返还；海口市人民医院等 53 家定点医疗机构为良好等次，占 56%，质量保证金返还 90%；海南省人民医院等 17 家定点医疗机构为合格等次，占 18%，质量保证金返还 70%；2018 年度海口市第三人民医院 1 家为不合格等次，质量保证金不予返还。通过表扬先进、鞭策落后，激发定点医疗机构主动作为的积极性，有效规避医保领域违规行为，促进行业自律，既能进一步规范定点医疗机构履约行为，又促进定点医疗机构高质量和谐发展，联合考核深受医

疗机构的赞许。

三、健全长效机制，全面提升医保治理和风险控制能力。

海南省始终坚持以问题为导向，按照全省医保经办机构一盘棋，全岛同城化思路，进一步深化巩固“全覆盖、无禁区、零容忍”的医保基金监管高压态势，规范提升医疗服务与质量行为，通过考核推动定点医疗机构认真贯彻执行国家及我省的医保政策规定，规范医疗服务行为、提高医疗服务质量、加强医保费用监管及医疗控费，同时全面逐条分析梳理定点医疗机构对检查中发现的问题，深入开展自查自纠，查漏洞、补短板、找差距、促提升，有效强化了医疗机构的主动自律管理，促进医保由单向管理向共同治理的转变，形成社保经办机构与医疗机构良好的基金监管氛围，既落实保障参保人员的基本医疗提供优质的服务，又合理控制医疗成本，为医疗保险基金运行保驾护航；既进一步优化提升医保管理服务绩效，又全面实现医保管理的制度化、程序化；既整合医保经办机构审核考核力量，实现人员相关业务专业知识能力得到迅速提升，又打造与新时代医疗保障公共服务要求相适应的专业队伍，使医保工作管理上层次、技术上台阶，为医保经办管理工作积累经验，为政策决策提供有力依据，为推进医疗保险省级统筹奠定基础。2020年起，海南省实行全省统一的城乡居民基本医疗保险和城镇从业人员基本医疗保险基金统收统支管理；联合考核自推行以来，效果显现，凝聚多方合力，共同治理医疗费用违规行为，促进医保基金监管从治标向治本转变，有效维护医保基金安全，充分实现了源

头防范，为海南省率先在全国实现基本医疗保险省级统筹打牢坚实基础。

群众得红利 经办能减负

广西壮族自治区内基本医疗保险关系转移接续业务实现全流程增质提效

广西壮族自治区医疗保障事业管理中心

一、基本情况

长期以来，群众办理医保关系转移接续业务流程多、耗时长、转移资金到账慢等问题突出，是人民群众迫切解决的难点堵点问题。最近，广西壮族自治区医疗保障事业管理中心坚持以群众需求为导向，通过统一全区通办标准、建立全区统一的信息系统和转移资金预付对账机制等措施，全面实施自治区内医保关系转移接续全流程线上办理，实现流动就业人员办理医保关系转移接续业务“异地通办、线上转移、资金秒到”，大大提升了经办运行效率和参保群众的服务体验。

二、主要做法

（一）实行异地通办、网上申报，群众办理“零跑腿”。

广西印发《关于做好流动就业人员基本医疗保险关系转移接续有关工作的通知》，统一全区业务申报、受理和办理流程标准，群众可通过登录“广西壮族自治区医保网上服务大厅”、“广西医保”微信公众号进行网上申报或在广西区内任何医疗保险经办机构业务窗口申报。依托全区统一的参保信息数据库，参保群众申报业务时，无需再提供原参保地参保凭证，免去参保群众多头跑的问题，实现群众办理“零跑腿”。

参保群众还能通过网上查询或扫描业务受理单二维码的形式随时掌握业务办理进度。

（二）打通信息交互梗阻，接续业务全流程“线上办”。

在原来的业务办理流程中，因各统筹地区间信息系统未联通，原参保地与新参保地经办机构之间需要通过邮寄的方式传递交换两次转移材料，存在耗时长和邮寄途中转移材料遗失等不确定因素。为压缩转移业务办理时间，确保转移材料及时、准确传递，广西通过建立全区统一的医保信息系统，由信息系统对申请人参保参保状态进行识别后，按照业务流程生成对应的转移材料并推送至相应经办机构办理，实现全部业务办理流程联网处理。通过联网处理，经办机构免去了邮寄、接收转移材料的环节，不但节省工作经费，又能实现转移接续信息即时传输和及时办理，大大缩短办理时限，经办服务效率显著提升。

（三）建立转移资金预付对账机制，转移资金“秒到账”。

在压缩材料传递时间的基础上，广西优化业务流程，建立转移资金预付机制，转移资金未转入新参保地经办机构前，新参保地根据原参保地提供的转移基金数据，将转移资金提前划入参保群众医保个人账户中，让资金使用不受实际拨付到账的时间限制，实现新参保地办理转入当日资金“秒到账”，给急需使用转移资金就诊的参保群众带来极大的便利。广西还建立了转移基金对账机制，各经办机构定期对转移接资金进行批量清算，避免了零星拨付造成的对账困难等问题，有效提高了转移资金收付效率。

三、发展成效

自 2020 年 8 月，广西实行基本医疗保险关系转移接续业务全流程线上办理服务以来，全程线上办理自治区内医保关系转入业务 1132 笔、转出业务 1259 笔，涉及转移资金 956.59 万元。累计有 2391 人享受办理医保转移接续业务“零跑腿”、转移资金“秒到账”的优质快捷服务。该项服务开通以来，打破了原粗放型的经办服务管理模式，实现经办管理服务增质、提速。一是经办服务更规范。通过统一全区业务经办流程，细化每个业务环节办理时限、办理标准等措施，各经办机构办理业务不再拥有自选动作，实现了同一事项无差别受理、同标准办理。二是经办管理更到位。通过全业务流程线上办理，各个业务环节全部通过信息化处理并能够实时监测，避免线下环节的错漏，做到了精准管理和动态监测。三是经办效率更提速。原先经办机构财务部门需每日零星划拨转移资金并做零星对账，建立预付和定期对账机制后，只需每年进行年终清算，大大提升经办效率。三是经办服务更满意。原需 45 个工作日办结的转移接续业务，通过线上联网办理后，办理时限缩短至 10 个工作日内办结，最快可在当日办结，参保群众对医保经办工作满意度显著提升。

通过开展基本医疗保险关系转移继续全流程线上办理，逐渐探索出医保政务服务事项异地通办、跨区域医保经办联网协作的新模式，将为推动医保政务服务事项跨区域通办、经办管理服务联网协作提供可参照、能借鉴的经验。

监管方式创新和探索

辽宁省辽阳市医疗保障事务服务中心

为贯彻实施国家医疗保障局《关于做好 2019 年医疗保障基金监管工作的通知》（医保发〔2019〕14 号）中要求推进智能监控，提升监管实效全面开展智能监控工作，开展监管方式创新引入第三方监管的文件精神，第三方智能审核监控服务被国家医疗保障局确定为国家试点项目，辽阳市医疗保障事务服务中心为试点单位，因此我中心决定加快推进智能化监管系统的全面运行，提升智能化监管水平。

一、基本情况

辽阳市，位于辽宁省中部，为辽宁省地级市，辖 1 县 1 市 5 区，总人口约 180 万，于 2001 年 11 月开展城镇职工基本医疗保险工作，2006 年 6 月全面实施新农合制度，2008 年 5 月启动城镇居民医疗保险工作。2011 年全面实现城镇职工和城镇居民医疗保险市级统筹管理，2014 年实现新农合基金市级统筹管理。2018 年 12 月，按照机构改革部署安排，组建辽阳市医疗保障局及所属辽阳市医疗保障事务服务中心，对城镇职工基本医保、城镇居民基本医保、生育保险、新农合、医疗救助资金进行统一监督管理。

截止 2020 年 6 月底，全市现有城镇基本医疗保险定点医疗机构 77 家；城镇职工医保定点药店 505 家，其中连锁药店 10 户 131 家；新农合定点医疗机构 343 家。截止 2019

年底,全市基本医疗保险参保人数 168.1 万人,基金收入 25.83 亿元,基金支出 23.9 亿元,基金结余 1.93 亿元。

二、主要做法

(一) 深化放管服改革。

2018 年,辽阳市深入开展医保经办业务放管服改革工作,强力开展医药机构整顿专项活动,全力提升参保人员医疗待遇,在多项工作中取得重要成果。一是先后推出两批共 15 项医保放管服改革措施,简化工作流程,提高工作效率,大力解决办事难问题。二是创新医保监管方式,开展医保智能审核,强力开展定点医院和药店的整顿工作,严厉打击骗取医保基金违规行为,医保就医购药秩序明显好转。三是加强内部管理和内控建设,医保经办能力和社会形象全面提升,群众满意度不断上升。医保监管方式和医保智能监控工作在国家督导检查中得到国家医保局的充分肯定和表扬。

(二) 委托商业保险承办职工超限额补充医疗保险和居民大病保险工作。

近三年,共收缴超限额补充医疗保险费 13862 万元,赔付 15957 万元。收缴大病保险费 1795 万元,赔付 1102 万元。一是在医保大厅设立超限额经办窗口并实行一站式服务。二是与医保中心联合开展对定点医院的现场检查。

(三) 成立第三方医疗保险审核与服务中心,开展线上病历审核。

2016 年 7 月 18 日,中国人民健康保险股份有限公司辽宁分公司与东软集团,借助在各自领域积累的经验和技术优

势，与辽阳市人社局正式签署了三方合作协议，正式成立第三方医疗保险审核与服务中心。2020年辽阳市医保局在原有基础上又与人寿保险公司和东软集团签署了居民住院病历审核三方合作协议。

（四）开展多样化监管

1.加强线上审核。一是完善电子病历系统改造工作，自2019年起，二级以上医院全部上传完整准确的病历信息。二是完善知识库和线上审核规则。三是与付费方式改革挂钩，2018年开始定点医院的超支补偿也与上传电子病历挂钩，督促医院线上审核率。

2.开展联合现场检查。成立由医保中心、人保财险公司、人保健康公司专家共同参与的若干个专项检查小组，分组包片，对医院开展不定期的专项治理活动。重点核查定点医院购、销、存账目，核查定点医院住院管理情况，核查参保患者住院结算情况，核查“三个目录”执行情况，核查欺诈套取医保基金行为。

3.开展病历抽查。抽调第三方审核中心专家对病历进行审查，确定不同等级医院抽查比例，计算出被抽查病历违规费用占该院所抽病历总费用比例，以此比例放大到被抽查月份全部费用，进行相应保证金扣款。同时，对日常检查中有疑难问题也要借助专家组，充分发挥专家优势，提供技术上的支持。

4.提升大额保险经办能力。在医保大厅一站式服务窗口建设基础上，推进大额保险即时结算。

三、发展成效

1.优化资源，简政放权，极大的方便了参保群众，获得了很好的社会效益。

2.智能监管成果明显。从 2016 年开始，经过艰苦努力，已经形成全覆盖、高起点、可持续的辽阳医保智能监控格局。将智能监管系统与结算系统相关联，加强对临床行为的过程监控，丰富大数据分析比较维度，提升监控效果。去年下半年至今，药店减少刷卡额近 1000 万元。定点医院住院率由 28% 将到 23%，住院人次同比下降 20611 人次。自 2018 年第三方智能审核监管系统正式上线运行开始，截止 2020 年 6 月，共发现违规 19478 例，已追回违规费用 1272 万元。

3.智能监控项目运行费用纳入政府预算，保证长远建设和发展。我市智能监控工作走在全省前列，在国家 32 个试点省份城市中，位居前列。去年下半年来，先后 9 省 35 个城市来我市考察交流。

4.2019 年开始已实现在本市住院患者的大额保险费用出院时一单结清。

虽然我市智能监控工作列入全国试点，但工作尚有很多差距和不足，那么其他各项经办工作就更应当举一反三，对标先进、找差距、补短板、抓落实。只有抢抓机遇，才能加快发展自己，完善提高经办机构监管水平，更好的保证医保基金在法制健康的轨道上运行。

昌吉州医保局继续打造优质服务 扎实推进医保经办管理服务精细化

新疆维吾尔自治区昌吉回族自治州医疗保障局

走进昌吉州医疗保障局业务经办大厅，前来办事的参保群众人数虽多，但秩序井然，工作人员热情周到的服务群众。刚办理完异地就医登记备案的刘阿姨向咨询台的工作人员笑着说道：“现在办异地就医太方便了，24小时生效，我准备去上海的女儿家住一段时间，以前还得选五家医院，住院也有限制，现在不用选医院就能用社保卡结算了。”

昌吉州医疗保障局承担着州直数千家企业和1.6万余名灵活就业人员的医保经办业务。线上线下日均提供服务400余次。为了让群众享受到更加便捷、更加高效的服务，我局从以下几个方面始终朝着建设优质便民利民服务窗口的目标，不忘初心，砥砺前行。

一、便民服务新举措，群众办事更放心。

一是打造“综合柜员功能区”。按照推行“一次办好”改革工作要求，全面推行医保经办服务“六统一”标准，实现医保服务标准化，窗口结算一体化，服务管理流程化，业务办理集中化，急需业务快捷化，提升综合业务能力，从政策咨询、医保业务受理、医保业务结算等医保经办所有业务都能“一窗受理、一窗办结”，提高服务效率，为广大参保群众和企业提供优质高效的医疗保障服务。二是推进门诊慢性病区内异地

联网即时结算。在全国跨省异地就医住院费用直接结算的基础上，新疆范围内门诊慢性病购药结算由原来 25 个工作日实现了定点医药机构直接结算，减少群众垫付购药费用，切实方便了群众，着力缓解群众“痛点”。**三是实现医保待遇“一单式结算”。**建档立卡、低保特困对象等贫困人口在州内定点医院住院后实现了基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一单式结算”，最大限度的方便于民、实惠于民。

二、服务流程优化，群众办事更顺心。

一是优化流程，压缩办理时限。重新梳理医保经办服务事项，对外公布 28 项服务清单，将办理材料、时限、方式等通过医保局微信公众号公开，接受群众监督。主动压缩医保经办时限，经办服务事项实现即时办结 13 项，比国家和自治区增加了 2 项，服务事项办理时限较国家医保局服务清单压缩 5-15 个工作日，平均减少了 37%。拓宽医保业务申报渠道，开通电话、邮箱、传真等“非窗口”办理途径，以及手机 APP、微信小程序等“网上办”“掌上办”方式，服务群众更便捷。实现 25 项经办服务事项不见面办理，不见面办理实现率达 89%，更加方便参保群众。**二是对高频服务事项流程再造，实现便捷服务。**简化转诊转院备案程序，对需转往昌吉州外就诊住院的城乡居民，直接由县市二级定点医疗机构审核办理；简化门诊慢性病鉴定流程，参保群众可就近到二级以上定点医疗机构提交申报材料办理门诊慢性病备案登记，群众“最多跑一次”，实现了信息多跑路，群众少跑腿；简化生育保险费用支付流程，州内生育医疗费用院端直接结算。

三、抓内控防风险，管好群众“救命钱”。

完善医保基金内控管理制度，形成“以制度管权、以制度管人、按制度办事”的工作格局，州医保局从组织管理、业务经办、基金财务、信息管理、档案管理、监督检查等6个方面制定实施内控管理制度，紧扣工作流程、办事程序，梳理出11个风险管理点，提出了有针对性的防控措施。重点加强医保基金征缴和待遇支付控制，医保基金的征收、待遇支付实行初审、复核“双审制”。通过全面完善医保基金内控管理制度，巩固了我州“全覆盖、无禁区、零容忍”的医保基金监管高压态势，实现了源头防范，促进医保基金监管从治标向治本转变，有效维护了医保基金安全。

四、深化“放管服”改革，让群众更有获得感

认真贯彻落实“放管服”改革，转变工作思路，从事前举证变更为“承诺制”，监管更科学，事中事后不放松。我局重新梳理28项医保经办服务事项，共取消参保登记、异地就医登记备案、生育报销等业务申报办理材料9项。如异地就医登记备案，转变工作思路取消参保群众备案地的居住证、单位外派证明等印证材料，实行“承诺制”，仅需提供有效身份证件填写异地就医登记备案表即可。依托“互联网+”线上线下均可办理，采取每年随机抽取备案人员进行稽核，既方便了群众，监管也更加科学。

经办机构是医疗保障制度的具体执行者和操作者，是推动制度建设的根本力量。昌吉州医疗保障局要继续坚持以习近平新时代民生和社会保障思想为统领，把推进医保制度更

加公平更可持续、更加成熟更加定型作为守住初心的实际行动。将改革举措落到实处，不断提高医疗保障水平，增强人民群众获得感、幸福感、安全感，为健康中国建设贡献更多力量。

旧时天价救命药，飞入寻常患者家

贵州省医疗保障事务中心

2017年以来，国家进行多次谈判，将100余种肿瘤靶向药和罕见病用药纳入医保支付。我省按照国家要求及时将国家谈判药品纳入医保目录，并在减轻患者用药负担的同时，兼顾医保基金安全，建立了特殊药品管理制度。为进一步完善特殊药品的管理，满足广大参保患者用药需求，除制定特殊药品政策外，针对群众购药难等突出问题，以问题为导向，创新经办管理方式，通过四项举措打通政策实施最后一公里，确保群众用药安全、保障待遇支付便捷，切实减轻参保群众用药费用负担。

一、原来的政策实施瓶颈

一是特殊药品品种多、价格高，供给途径有限，部分医院由于各种原因备药不足，患者就医时在院无法享受医保支付直接结算；二是特殊药品多为注射剂，基于医疗质量和医疗安全等因素，相关规定明确患者不得自行购买保管；三是特殊药品相较其他药品支付金额大，基金监管安全面临考验；四是由于特殊药品的使用对象大多是肿瘤、重症患者，市州参保患者需到省会贵阳的三级医院就医，存在长期往返奔波贵阳及购药垫资跑腿报销的难题。

二、以问题为导向，四项举措确保政策落实

（一）创新购药渠道，拓宽供给途径。

省医保局创新药店支付方式，与各大连锁零售药店集团公司协商谈判，开设特殊药品指定药店（以下简称特药药店）。患者通过医院开单、药店购药、刷卡支付的方式，实现在特药药店购买特殊药品享受与医院同等的报销待遇，解决特殊药品供给短缺的问题，切实保障患者用药需求。截止目前，在省会贵阳共开通了 6 家符合相关标准的特药药店，拓宽了特殊药品除医院以外的供给渠道。

（二）创新服务方式，通过互联网+医药，构建全省特殊药品供应网。

由于特药药店须具备独立门面，具有冷链存储和冷链运输设备，要符合 DTP 管理和配送等特殊要求，开店门槛较高，加之特殊药品使用人群小，药品销量不大，经营利润有限，在各市州单独开设特药药店的难度较大，贵阳市以外的市州、区县及乡镇特殊药品仍然存在供应盲区，患有重特大疾病的参保群众无法在当地购买特殊药品，用药仍要往返奔波于居住地和贵阳。省医保局创新互联网+医药，开发“贵州医保”手机 APP，依托连锁零售药店集团公司的优势，以贵阳为原点，搭建全省特殊药品供应网，参保患者在当地医院由医师开具用药处方上传至医保系统，通过手机 APP 或者在当地医保药店刷卡完成支付，患者购药只需结清个人负担部分，属于基金支付的部分由医保经办机构与特药医保药店按月结算。同时利用各家特药药店均属于连锁零售药店集团公司的优势，依托于他们遍布全省的配送网络，贵阳的特药医保药店在系统内收到订单后在全省范围内均可实现免费提供远程配送。

通过让单据多跑路，实现群众少跑腿，现在居住在贵阳市以外地区的参保患者，足不出户即可买得到、用得上、可报销。

（三）创新经办管理，建立医院、药店、患者三方签收配送药品机制，确保参保患者购买使用到合法、合规、合格的特殊药品。

药品属于特殊商品，尤其是注射剂药品对储存环境的温度有严格要求，储存环境温度改变对药剂的性状和药效会造成不可逆转的影响，并产生用药安全隐患，国家对注射剂安全使用有明确的管理规范，原则上不允许患者自行购买保管和自行注射。为了打通注射剂从特药药店进入医疗机构的渠道，省医保局积极协调具有使用特殊药品资质的医疗机构，提高他们对于落实国家谈判药政策这一重大举措的认识，协调特药药店将医院开具的特殊药品注射剂直接免费配送到相关医疗机构，患者支付成功后即可在当地医院接受药品注射，打通了参保患者购买使用特殊药品的最后一公里，真正实现了特殊药品“医保支付、即买即得、安全便捷”。

（四）强化基金监管，确保基金安全运行。省医保局建立特殊药品管理制度。

针对谈判药品以及药品目录中价格昂贵、用药人群特定、用药指征明确、可限定用量的药品，实行定医院、定医师、定患者、定药品、定用量“五定”管理。通过医保系统对特殊药品医保支付进行控制，不符合用药资格的患者使用购买特殊药品不能够享受医保基金支付，在减轻真正有需要的患者用药负担的同时，筑牢医保基金监管防线，确保基金安全可

持续

三、取得的成效

2020年，全省累计有17000余人次使用特殊药品，购药金额9500余万元，医保支付7300余万元，切实保障重特大疾病患者医疗待遇。其中有3700余人次通过特药医保药店购药，购药金额达到2700余万元，医保基金支付2000余万元。切实保障了全省重特大疾病患者的用药需求，有效解决了患者异地购药垫资跑腿报销的实际困难。

医保紧系民生，贵州省医保事务中心始终把优化医疗保障政务服务、提升人民群众对医疗保障工作获得感和满意度的作为首要工作，瞄准社会关注“难点”，查找群众办事“堵点”，不断加强经办服务管理工作，提升医保服务质效，打造人民满意的医疗保障服务品牌。始终紧紧围绕“群众最需要的事就是医保改革紧要事”主线，敢于担当、主动作为，通过多种方式和形式，不断查找补齐医保服务的短板和弱项，不断探索创新，为参保群众提供优质、便捷、高效的医疗保障服务，满足人民日益增长的美好生活需要。

围绕大局优服务，精雕细琢惠百姓

内蒙古自治区鄂尔多斯市医疗保障中心

三分政策、七分经办，想要落实好国家医保惠民政策，提升经办服务能力水平至关重要。“破壳”而出才一年多的鄂尔多斯市医疗保障中心，坚持人民为中心发展思想，紧扣深化“放管服”、落实政务服务清单、优化营商环境等新形势下医保经办改革主题，聚焦解决经办管理服务中的难点、堵点、痛点问题，在精细化管理服务的新篇章中，通过倾心打造“五办”服务，走出了一条普惠百姓，社会认可的新路子。

一、“不见面办”，全程零跑腿

疫情防控期间，我中心创新开展“不见面”经办服务，依托网络、电话、邮件等非接触办理方式保障单位、百姓顺畅办理各项业务一千多件；返岗复工后，大胆探索实践“互联网+医保”政务服务，实现了异地就医备案、征缴业务、两定机构结算等业务“不见面”办理常态化，让百姓、企业享受到最便捷的“零跑腿”服务。

76岁的伊泰退休职工郝存保是最好个例。2020年5月8日，他心脏病突发，被家属紧急送往解放军总医院第四医学中心救治；赶往北京的路上，家属焦急地拨通我中心电话，告诉工作人员没法来窗口备案，网络备案又不会用，问是不是只能先垫支然后回去报销。工作人员的回答打消了他们的顾虑：对事情紧急，网络备案存在困难障碍的，可以进行容

缺办理，当即进行了电话备案受理；4天后，郝存保出院，住院费用4766.54元，实时结算报销3675.91元，个人自负不到1100元；全程零跑腿。

目前，鄂尔多斯市所有二级及以上定点医疗机构，符合接入条件的一级定点医疗机构已全部纳入跨省定点医疗机构范围，实现了跨省异地就医直接结算旗区全覆盖；参保人员异地就医备案渠道多、流程简，容缺办理已实现常态化。

二、“一窗办”，服务无差别

“同志，想给老父亲报销点儿医药费，请问去哪个窗口办呢，咋叫号了？”“同志，请问我要给单位增几个人，是不是叫单位业务的号，去哪个窗口办？”“同志，请问灵活就业人员缴费在哪办、叫什么号？”……面对窗口办事群众诸如此类的问询，工作人员的回答就一句：“随便叫个号，哪个窗口都能办！”

为落实进一步深化“放管服”和优化营商环境改革要求，中心以“真正实现进一扇门，叫一个号”为目标导向，打破科室界限，整合经办资源，攻坚克难推行综合柜员制，实现原来分属多个科室、多个窗口的业务可以“一窗受理”，任意窗口都可提供无差别叫号、无缺位服务；此举大大提高了经办效率，减少了群众聚集、排队等候时间。同时，抓住综合柜员“全能”经办的特点，通过与职称评定、岗位晋升挂钩，积极引导工作人员来此轮岗，使其成为经办队伍建设岗位练兵大舞台，培养干部职工由“专业型”转向“全能型”。

三、“一次办”，落实有保障

依据《全区医疗保障经办政务服务事项清单》，按照“六统一”和“四最”要求，全面完成我市医保经办政务服务事项清单梳理和制定工作，实现清单事项全部“一次性办理”。为保障落实，又推出三项配套措施。一是把所公布事项的流程时限以制度的形式，在单位内部科室进行再分配、再细化、再明确，落实责任到具体科室的具体经办环节；二是做出两个承诺。承诺当日叫号当日办结，根据业务量及时增设窗口，保证当日叫号全部办理完毕，不让群众多跑一次冤枉路。承诺周六上午提供延时服务，特殊业务群体可提前预约办理业务。三是严格落实“首问责任”“一次告知”制度。对于群众电话咨询业务，接听电话的工作人员即为业务受理第一责任人，本科室业务直接回应；非本科室业务做好记录、咨询相关科室，然后回应咨询人；对咨询业务的办理材料、流程都要做到一次性告知，群众无需二次拨打电话，无需拨打不同电话。截至今年 10 月底，中心窗口一次性办结各类业务达 2 万余件。

四、“引导办”，暖心又高效

对柜台日常办理业务进行总结归纳，针对窗口工作人员一边办具体业务，一边为零散人员咨询政策造成办事效率不高，办事群众不满意的问题，统筹规划，科学合理安排，将医保服务导巡台、叫号信息显示屏、公用电脑和打印复印机等集中放在同一区域，安排导引人员全天值守，为百姓、企业以及需要特殊服务的群体提供一站式的政策咨询、资料

复印、过号补办、预审、绿色通道等帮办代办服务，实现难事易办、特事特办、急事急办。“引导办”既满足了各类咨询求助人员、特殊人员的个性化帮扶需求，又保证了窗口工作人员按部就班办理业务不被随意打断，提高了他们的工作效率，成为经办服务优质高效的又一体现。

五、“标准办”，致力文明与规范

采取三项举措确保群众、企业切实感受到文明规范、统一标准的医保经办服务。一是认真遵循全区医疗保障经办政务服务事项清单制度，实现办理事项材料、时限、流程的统一规范。二是依托政务服务中心标准化服务体系建设，实现工作人员着装、服务礼仪、文明用语，以及柜台便民服务盒、老花镜、填表样例、一次性告知单等便民设施的摆放，全部统一、标准、规范。三是建立每日晨会制度，对上一天办理业务存在的问题，矛盾的焦点、办事群众不满意的地方，及时进行归纳总结，分析造成的原因。属于态度方面的积极改进工作作风；属于政策不了解造成的误解，加大政策宣传并创新宣传方式；属于政策原因造成的普遍性问题，及时向主管部门汇报，从政策上研究解决。

通过精心开展以上“五办”服务，鄂尔多斯市医保中心走稳踏实了精细化管理服务之路，把国家新时期医保改革的诸多红利带给了群众、企业，工作受到群众、企业和社会各界的认可好评。今年5月，中心受到市政务服务局表彰，被评为2019年“创新便民服务先进单位”，11名工作人员荣获“优秀窗口工作人员”、“先进工作者”和“服务之星”称号。

在提升经办管理服务质量水平的道路上，经办机构精耕细作，责无旁贷，这是时代赋予医保经办人的新的历史使命，我们必将勇毅笃行，在医疗保障服务民生的“最后一米”处，再创佳绩、再立新功！