

附件 2

全国医疗保障经办服务规范建设 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

目 录

群众办事报销简简单单类

一等奖

- 1....杭州“医保小智”推动经办服务智能升级2
- 2....实施“医保明白人”培育工程 助力基层医保经办服务规范化提升 6

二等奖

- 3....“三便民”促“三提升”群众办事更省心 10
- 4....成都医保“3456”提醒服务推动群众办事成事同步 14
- 5....数智化赋能让龙江医保 12393 成“金字招牌” 17
- 6....抓难点破难题 探索推进医疗保险手工零星报销网上办理21

三等奖

- 7....连云港市灌南县：首创“帮办中心”跑出医保服务“加速度” 25
- 8....“雪琴热线”筑起通往民心之路28
- 9....“一事联办”疏堵点 “免审即享”解民忧32
- 10..贵州省黔南州荔波县“三维发力” 推进“异地就医”提质增效 35
- 11..出招“四化”连环拳，助力医保经办“加速度”39
- 12.. “四个强化”让医保适老化服务提质增效 43

两定机构结算明明白白类

一等奖

- 1....科学精细 优质高效 北京打造医保总额预算管理新模式47
- 2....DIP 付费方式结出“明白账” 52

二等奖

- 3....金华市探索门诊“APG 点数法”付费改革 实现医保基金使用提质增效55
- 4....山东省：精心谋划抓落实 积极探索开新局 山东省推进 DRG/DIP

付费改革走深走实	59
5....以 DRG 为抓手 破解医保支付难题	63
6....创新经办体制 促进提质增效	67
三等奖	
7....“试点先行、以点带面”探索建立医保协议管理第三方考核机制	70
8....珠海医保创新推出“六朵云” 打造协议管理新模式	73
9....宏观谋划 微观落实 客观统筹 走出 DIP 清算新路径	76
10..多形式推进 DIP 支付方式改革	80
11..着力提升服务水平 两定机构结算明明白白	84
12..力行规范化服务 让“两定机构”结算明明白白	87

医保基金管理清清楚楚类

一等奖

1....打出经办组合拳 守好基金“救命钱”	91
2....科技赋能 推动医保审核结算“三化”管理	95

二等奖

3....医保基金管理清清楚楚——厦门业财银一体化系统让管理百亿基金变得更智能	98
4....浙江省衢州市构建标准化医疗费用“一站式”结算体系，实现医保患三方共赢	102
5....制度重塑 数据分析 职业判断 专项审计 协同执法 努力打造医保基金审核“北京西城模式”	106
6....山东省潍坊市：刀刃向内强内控 严真细实抓提升	110

三等奖

7....夯实基础 踔厉奋发 推进医保经办内部控制高质量发展	115
8....严格落实“好差评”制度打造群众满意服务窗口	120
9....打造“杭州数智经办”医保品牌 全力推进基金管理提质增效	124
10..夯实基础 优化配置 推进基金财务管理规范化制度化	127
11..规范服务、精细管理 确保转移接续转出资金及时准确安全	131

12..死亡退保“三步走”服务更便捷 基金更安全	134
--------------------------------	-----

综合类

一等奖

1....扎实开展“三化一能”工作 书写医保服务“四新”篇章	138
2....内蒙古开展“四比四树四提升”练兵比武 全面提升经办队伍素质能力	142

二等奖

3....山东省:以四个规范促进四个提升 全力打造医保经办管理服务齐鲁样板	146
4....省市县三级“走解优”行动 助推医保经办流程“三步走”、办事“三转变”、服务“三提升”	149
5....“四个机制”提升医疗保障经办服务规范化建设	152
6....小病不出村 看病有医保——眉山市贯彻落实习近平总书记对乡村医疗卫生体系建设重要指示精神	156

三等奖

7....以标准为引领 以服务为中心 打造沈阳医保从业人员智能管理新模式	160
8....坚持发展新时代“枫桥经验”打造枫桥式医保经办服务模式	165
9....山东省荣成市:聚力多点突破 创新经办体系 叫响“在荣成·荣医办”服务新品牌	168
10..福建厦门创新开展费用保障型门诊统筹模式下的医保支付方式改革	171
11..规范服务见成效 治理精细有水平 广州医保多措并举推动“规范年”建设	175
12..厚植为民情怀 传递医保温度	179

群众办事报销简简单单类

杭州“医保小智”推动经办服务智能升级

浙江省杭州市医疗保障事务受理中心

“您好，这里是杭州医保小智视频办客服，请问有什么可以帮您？”“您好，我想给员工办理医保异地就医备案业务。”“好的，我这边把相应的表单发送给您，请您按照要求填写并盖好公章后回传给我”。这是杭州某企业经办人正在通过杭州“医保小智”智能综合服务平台视频连线为员工办理医保业务，从拨打电话到业务办理完成，前后仅用了短短几分钟，“医保小智”让参保人员足不出户就能“面对面”办理业务，真正实现了便民利民。

一、基本情况

作为直接面向群众、服务群众、展现形象的“重要窗口”，医保服务事关千家万户，“服务人群多、经办力量少、政策咨询烦、电话打通难”已成为各地医保部门面临的共同难题。杭州市医疗保障局坚持以人民为中心，针对群众关心的“急难愁盼”问题，精准研判、重点攻坚，依托人工智能、互联网、大数据等信息技术手段，探索推出集“在线咨询、网办指导、智能回访、精准分析”于一体的“医保小智”智能综合服务平台，进一步畅通了医保政策咨询渠道，推进了医保经办服务智能升级。

二、主要做法

（一）坚持数字引领，搭建“一个平台”，探索医保经办“新模式”

小智平台的打造，进一步规范了全市医保咨询服务体系。一是“一号受理”实现资源整合。按照医保市级统筹经办服务一体要求，杭州医保将市、区（县）两级 16 条医保对外公共服务热线归集整合，统一公布小智服务专线，解决了全市各级医保经办咨询服务各自为政、热线号码难记、资源重复建设问题。二是“一库支撑”缓解咨询压力。小智平台提供统一的知识库支撑，工作人员可以依托小智知识库系统

智能辅助开展问题解答，有效缓解了因医保政策专业复杂、工作人员知识储备不足造成的业务咨询压力。三是“一键直达”提升服务效率。医保小智平台为参保人员提供 7*24 小时不间断的 AI 语音咨询服务，通过公众号平台链接文字客服留言，即能实现文本即时自动回复，通过视频办服务渠道可快捷办理医保业务。小智平台通过拓展多样化的服务渠道，实现了服务一键直达的效果。

（二）坚持内外联动，发挥“两种模式”，构建医保经办“新格局”

小智平台坚持传统服务和新型服务模式并举，线上服务和线下服务联动的形式，通过医保公共服务领域数字化建设，实现服务对象精准画像，服务管理更加智能。一是智能内控管理。平台可通过工单系统实现不同部门、不同经办机构间的收件转派、流程跟踪、及时反馈等功能。基于坐席在线、会话接通与应答情况、群众满意度评分等维度，可对坐席工作质量进行自动统计分析和打分，通过业务运行状态全方位、全流程监管，高效发掘服务流程问题、人员沟通问题，预测主动服务需求，实现内部管理智能化。二是智能知识管理。通过平台知识管理系统的整体框架，小智平台设立知识门户、知识地图、知识分类、知识仓库、知识问答等功能模块，将收集到的医保业务相关知识逐步整合到知识系统中，融入员工工作场景，便于员工随时获取和查询，实现支撑体系智能化。三是智能质量管理。平台通过对经办服务全量录音，做到过程精准回溯，质量有效把控，同时平台对坐席工作质量进行自动统计分析和打分，实现规范化内部控制，进一步提高质检效率，实现质检体系智能化。

（三）坚持需求导向，打造“三种场景”，拓展医保经办“新路径”

杭州医保小智平台以需求为导向，推出了多种智能化的咨询服务渠道，针对不同人群实行业务分流，满足老百姓多元化的服务需求。一是智能会话“语音办”，实现全时段智能应答。平台依托 AI 机器人，实现全天候高效智能语音接待，语音由专业语音师录制。根据实际需求，AI 机器人可以批量将通知、提醒等服务主动递送至目标群众。

若 AI 在通话过程中遇到任何疑难问题，支持无缝转接人工跟进，智能精准锁定服务对象。二是文本应答“文字办”，实现高效率智能回复。参保人员可通过“浙里办”、“杭州医保”微信公众号等多渠道接入小智平台，平台智能客服将以文本应答的方式快速将需要的资料或答案提供给参保人员，做到有问必答，及时响应。通过文本应答的展示形式，问答展示更直观、问题答案更准确，答案阅读更清晰并可反复观看，进一步提高了咨询效率和效果。三是人机交互“视频办”，实现可视化交流办事。在智能会话和文本应答的基础上，小智平台还推出了视频在线办理服务。通过运用人机交互协助、远程智能控制、电子化信息采集、图像识别等新技术手段，实现填表、签字、盖章确认等在线业务办理，提供更加安全高效、便捷灵活的远程服务，经办人员可通过视频连线与办事群众面对面交流，实现可视化远程办理、在线帮办导办，真正让老百姓从“最多跑一次”到“一次也不跑”。

（四）坚持统筹协调，明确“四个统一”，实现医保经办“新要求”

为保证平台咨询服务质量，杭州医保通过创建统一的服务标准，设置统一的操作流程，建立统一的评价机制，从业务规范、口径统一、办理环节、质量追踪等方面，建立相应的咨询质量保证体系。一是统一工作原则。建立“谁主管谁负责，谁承办谁答复”的工作机制，对于咨询类电话，坚持首问责任制，由接线人员依据有关法规政策当场直接解答；对于求助、投诉、举报、建议类诉求，按照职能分工通过工单流转派发至相应部门，并负责后续跟踪。二是统一咨询口径。以问题为导向，建立知识库动态更新维护机制，将社会关切反响强烈的高频热点政策知识以及解释口径第一时间维护至医保小智知识库，知识库由专人负责统一维护，确保咨询口径一致。三是统一数据回访。平台针对咨询业务办理满意度测评情况，实行后台统一回访，作为评价办理质效的重要依据。同时通过后台大数据比对，诉求舆情自动分析，对于倾向性、苗头性问题，促使相关部门作出前馈反应，为研判预测事件提供科学依据。四是统一评价考核。建立全市统一的评价考核机

制，安排专人负责日常巡检，质量追踪，基于会话接通与应答情况等维度，将咨询质量、接听数量与群众满意度等方面进行数据量化纳入经办考核。

三、发展成效

杭州“医保小智”平台的推出，有效畅通了医保咨询服务渠道，缓解了传统人工电话咨询压力，通过数字赋能，推动了医保经办服务的智能升级。目前小智平台的 AI 智能客服日均接听电话咨询量达到 6000 个左右，智能客服应答率将近 90%；文字客服每月提供咨询服务 11000 人次左右，命中率持续稳定在 80%左右。视频客服推出后，收到参保单位和参保群众的较好反响。“医保小智”平台拉近了政府服务部门与参保群众的距离，为进一步探索医保公共服务智能化、打造新时代医保服务“最便捷窗口”提供了杭州医保“城市案例”。

实施“医保明白人”培育工程 助力基层医保经办服务规范化提升

山东省济南市医疗保险事业中心

【概述】

为进一步加强基层医保经办服务能力建设，发挥医保基层服务站点建设实效，在省局、省中心的有力指导下，山东省济南市深入落实全省基层医保服务能力提升工程，以群众“身边人”为载体，建强队伍体系、提升能力水平、创新服务模式，全力打造素质高、业务精、政策通的“医保明白人”队伍，提升医保基层治理能力，让群众在家门口就能“找得到人、问得清楚、办得成事”。

【案例内容】

一、工作背景

作为本轮机构改革新组建的“年轻”部门，医保系统在经办服务上普遍存在“底子薄、力量弱、根系浅”等问题。面对群众对美好生活的更高向往，如何解决好有限人力与高质量服务需求之间的矛盾，提高精细化服务水平，对医保部门提出了新的更高要求。

一是中央有明确要求。中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》等重要文件对基层医保服务能力提升提出明确要求：要大力推进服务下沉，加强经办服务队伍建设，打造与新时代医疗保障公共服务要求相适应的专业队伍。

二是群众有迫切需求。进入医保改革深水区，医保政策的调整落地需要传递时间，基层医保政策宣传实效性不足，在群众身边缺少能随时随地宣传医保政策、解答咨询问题的高效路径。

三是工作有基础条件。依托社区服务中心、基层定点医药机构、村卫生室等既有资源，全市已建成 317 家医保工作站和 6208 家医保工作点，初步建立分级负责、立体全面的四级服务体系，为高质量基

层服务提供了组织架构和人员力量的有力支撑。

二、主要做法

济南市通过实施“医保明白人”培育工程，在群众身边培养拥有“一口清”“问不倒”过硬本领的“医保明白人”队伍，持续强化基层站点服务辐射能力。

（一）建强组织体系，打造“群众化”服务队伍。一是**扩充队伍**。整合多方资源，将基层医保经办机构、定点医药机构、企业、金融保险机构等医保关联单位工作人员，和社区网格员、楼长、离退休群众、志愿者等群体发展成医保基层服务力量，培育扎根一线的“医保明白人”队伍，弥补医保部门人员不足的短板。二是**强化支撑**。开展全方位基础培训，在市内五区、长清区、章丘区、莱芜区设四个点位分10批14个班次对2100余人进行培训。编印《“医保明白人”应知应会服务手册》《经办服务办事指南》1万余册、宣传单页15万余份。加强日常业务指导和疑难问题处置，确保基层服务人员有策可查、有人可问。三是**加强管理**。将“医保明白人”队伍纳入统一管理，建立人员信息动态更新机制，确保责任到人、运转高效。配置基层医保服务站点建设专项资金，补贴基层自助终端建设、设备设施配置、兼职协理员费用。发挥一线工作人员密切联系参保群众的优势作用，对群众关心的问题集中反馈、及时处置。

（二）提升能力水平，实施“精准化”专项培训。一是**培训覆盖常态化**。积极融入省中心的全省经办机构培训服务体系，在全市范围内开展“千人培训”计划，采取现场集中授课和线上同步视频等方式，持续抓好全员培训覆盖。组织医保讲师团开展送培训上门服务，深入38个行业主管部门、126个社区向8200余人宣讲医保知识，努力发展更多精通医保业务的“医保明白人”，为身边的企业职工、居民村民提供前端经办服务。二是**专项培训清单化**。制作生动形象、易于传播的线上“微课程”，利用平时琐碎时间进行移动化学习。针对四级医保服务站点级别分别设置“培训教材课程包”，形成医保培训资源库。由

市局业务处室对微课培训效果进行“后评估”，总结经验不足，提升培训效果。三是学教结合实战化。举办“医保大讲堂”。让业务骨干轮流讲政策、讲业务，提升干部职工履职尽责能力，服务大厅实现综合柜员制和一窗即时办理。建立经办大厅自主管理委员会，开展医保业务互动培训“周课堂”，业务人员互教互学，运用研讨式、案例式、经验交流式教学方法，由“独乐乐”变为“众乐乐”，提高工作人员培训参与度和兴趣感。

（三）创新服务模式，构建“多元化”服务体系。一是探索智能服务。开发“济南医保”微信小程序“帮办”模块，按照“新纳入即赋权、一更换即停止”的原则，确保及时调整和赋予“医保明白人”帮办权限。开发基于政务微信的智能服务平台“济南医保通”，打造 24 小时在线的“医保明白人”，群众无需添加好友，通过微信回话即可发起咨询和经办需求，操作门槛较低，交互记录可作为聊天页面统一查看和管理。二是开展抖音直播。每周一、周五固定开展两场直播，由业务骨干、“医保明白人”队伍线上答疑解惑、互动交流，单场直播观看人数突破 70 万人次。在抖音平台举办的“讲好山东事”活动中获影响力前十名的成绩。三是举办“懂医保更幸福”知识竞赛。以提高医保经办队伍的政策业务能力、提升服务意识为目标，组织开展首届“懂医保更幸福”知识竞赛，全市各级医保部门、定点医药机构 6 万人次 478 家单位参与，促进全社会形成学医保、懂医保、用医保的良好氛围。

三、取得成效

一是群众办事更便捷。着重在基层一线培训医保经办服务队伍，医保服务向基层延伸，实现在家门口问医保、办医保，群众办事体验明显提升。医保工作站业务事项由原有 14 项扩至 20 项，医保工作点“帮办”模块实现 15 项高频民生服务事项办理。

二是公共资源更节约。依托基层“网格医保”服务渠道，极大降低了群众时间、人力、资源等成本投入，破解了参保群众远距离跑腿多次往返于定点医药机构、医保经办机构耗费大量时间和精力办事的难

题。

三是经办服务更高效。充分发挥医保基层服务站点功效，实现医保经办业务“流动办、上门办、身边办、随时办”。目前，有 317 家医保工作站和 6208 家医保工作点的近 7 千名工作人员已配备到位，共服务 32.3 万人次。

四、下步打算

一是提供师资保障，不断扩大队伍。着手打造一支素质过硬的“医保明白人讲师团”队伍，聘请专业机构协助编制针对参保单位、定点医药机构、医保工作站（点）等不同群体的标准化培训课件和配套教材，制定长效规划、中期提升、短期实战三类培训计划，围绕医保政策业务、授课技巧、形象塑造等方面开展培训，为群众培养出更多“医保明白人”。二是赋予“医保明白人”更多职能。拓展“网上办”“视频办”途径，推进线上办事平台建设，将“医保明白人”打造成专家坐席，推动医保服务不断向下延伸，切实让参保人享受到最便捷的医保服务。

“三便民”促“三提升”群众办事更省心

重庆市南岸区医疗保障事务中心

一、基本情况

重庆市南岸区医疗保障服务大厅面积 800 平方米，设置 8 个服务窗口，配备工作人员 13 名，服务全区 80 万参保人员和外区、外省市群众，年业务经办量 30 万人次。近年来，中心深入贯彻习近平总书记以人民健康为中心的指示批示，坚决落实党中央、国务院关于为人民群众提供便捷高效的医疗保障服务的决策部署，把开展医疗保障经办管理服务规范建设作为民生保障工作的着力点和切入点，聚焦“政策优化、经办简化、宣传深化、信息化赋能”（简称“三化一能”）要求，以“智能服务便民”“规范流程便民”“创新服务便民”为抓手，开发智能系统、规范业务流程，提供创新服务，着力提升群众办事的舒适度、透明度、便捷度，实现医保服务更加规范到位，群众办事更加简单便捷的目标。

二、主要做法

（一）智能服务便民，提升群众办事舒适度

一是开发智能语音客服。针对高峰时段电话打不进、休息时间电话无人接听、群众政策咨询不便等难题，开发智能语音客服。配置 4 部智能电话，可以同时接听 32 个来电，梳理 134 个医保常见问题及标准答案，通过智能语义分析匹配来电咨询，快速解答群众疑问，并将标准答案以短信方式同步到群众手机，疑难问题无缝转接人工跟进，实现 7×24 小时接待群众不间断、不塞车。平均每天接听电话 400 个，解答政策咨询 350 人次，电话量接听比过去增加 3 倍，政策解答量比过去增加 4 倍。二是增加智能预约功能。针对群众对大厅业务办理人数不了解，有时扎堆、有时无人在办，群众等候时间长的难题，将智能语音客服与大厅排队叫号系统连接，群众通过电话随时查询大厅业

务办理人数，预约业务办理时间，减少现场排队等候。三是启用智能机器人服务。在医保大厅配备智能机器人，将大厅分布图、点位功能介绍和医保常见问题及答案植入智能系统，为群众提供大厅分区功能介绍，业务办理引导服务，面对面解答群众咨询，弥补大厅人手不足、增加群众办事体验感。

（二）规范流程便民，提升群众办事透明度

一是规范待遇清单。对照国家医保局和重庆市政务服务事项清单进行本地化梳理，形成《南岸区政务服务清单》《南岸区行政权力清单》，开展非清单事项清查，实现全区所有医保经办服务事项“一张清单管到底”；严格执行《医疗保障经办政务服务事项操作规范》《基本医疗保险关系转移接续暂行办法》《基本医疗保险参保管理经办规程》等各项经办管理规定，确保本市参保群众享受同质同标医保服务，实现群众办事简简单单、报销明明白白。二是规范业务流程。围绕“四最”“三减”工作要求，对 18 类 36 项医保经办服务进行了全面梳理和流程再造。抓好材料精简，取消无谓证明，明确全部服务 36 项业务办理材料，10 个事项做到“零材料”办理；畅通办理渠道，单位医保申办等 64 项业务实现“全程网办”、医保转移接续等 36 项个人业务实现“掌上办”、特病医院变更等 20 项业务实现“电话办”——“一次不跑”；15 个事项压缩为即办件——“只跑一次”；与社保业务系统实现数据共享，参保人员视同缴费年限认定等业务从“两头排队”变为“只排一次队”；群众较为关切的异地手工报销办结时限压缩至 20 个工作日。三是规范政策宣传。全面梳理现行医保政策，围绕群众最关心、最常用的参保、住院报销等政策，用群众身边鲜活典型的案例制作宣传视频，让群众“愿意看、看得懂”；针对高频服务事项制作《政策问答一本通》，开展“一事一指引”解读式宣传，让群众“随时查、查得到”；将宣传与业务办理相结合，进基层开展“两病”宣传义诊活动，在义诊现场为符合条件的群众办理“两病”门诊用药保障资格，让群众“既了解、又享受”；设置意见箱、投诉电话、网上投诉等渠道，及时回应群众来信

来访、热线留言，做到群众关切“有回音、有着落”。全年印制政策汇编 10 万册、《政策问答一本通》1 万册、开展义诊宣传活动 100 场，回应群众关切 500 余次。

（三）创新服务便民，提升群众办事便捷度

一是变“多窗办”为“一窗办”。落实综合柜员制，编制《窗口“一窗通办”业务操作指南》，打破按业务分设窗口壁垒，将“多窗办”变为“一窗办”，窗口服务量平均每天增加 15%，整体办件提速 20%以上。二是变“上班办”为“延时办”。针对群众上班时间无法办理业务、下班后窗口人员也下班的突出问题，推行工作日中午窗口“不打烊”延时服务，休息日预约服务，将“上班办”变为“延时办”。今年来，延时办理业务 200 余件。三是变“困难办”为“顺畅办”。设置群众“急难愁盼”反映窗口，为群众办理医保各类“疑难杂症”提供兜底服务，将“困难办”变为“顺畅办”，截至目前，收集群众“急难愁盼”问题 152 个，解决率 100%。根据群众诉求，在南坪片区增加一家慢特病鉴定医院；书面请示市局，解决失能人员居民医保与职工医保连续缴费年限计算问题；协调外省市医保局，解决异地失能人员长护保险申请、评估问题。四是变“常规办”为“适老办”。坚持传统服务与创新方式并行，制定《南岸区医保经办适老化措施十条》，在医保窗口提供老人引导、帮办代办服务，为失能老人提供长护险申报资料提交上门服务，为行动困难老人提供特病证邮寄服务等，将“常规办”变为“适老办”。今年来，为 50 余名失能人员上门收取资料，为 40 余名老人邮寄特病证。

三、主要成效

（一）实现“两个更快”。一是群众业务办理更快。通过流程再造，办事环节压缩 30%，办理时限缩减 45.5%，申办材料精简 25%，群众平均等候时长由 15 分钟降到 10 分钟，平均业务办理时长由 10 分钟降到 7 分钟。二是医保政策落实兑现更快。将医保服务窗口开辟为政策宣传新阵地，通过便民化措施和疏通群众办理医保“急难愁盼”堵点，直接把医保政策落实兑现到群众办事第一线。截至目前，“两病”门诊

用药保障人数达到 5.9 万人，较年初增加 103%；异地就医联网结算人数增加 30%；有 1148 万人次享受医疗保障待遇，955 名失能人员享受长期护理保险待遇，18.31 万人次享受医疗救助待遇。

（二）实现“一个增强”。群众认同感、支持感明显增强。开展经办管理规范建设活动，减少群众排队时间、重复提交资料和来回奔波之苦，每月为群众节省交通费上万元，增加了群众“简单办”“明白办”“就近办”的体验感，群众对党和政府、医疗保障工作的认同感、支持感大大增强。活动开展以来，受到群众口头表扬 20 余次，书面表扬 3 次，收到群众锦旗 2 面，被电视台报道 5 次。2022 年被评为南岸区三级服务中心“最美服务窗口”。

成都医保“3456”提醒服务推动群众办事成事同步

四川省成都市医疗保障局

习近平总书记指出：“民之所忧，我必念之；民之所盼，我必行之”。近年来，成都医保深入贯彻以人民为中心的发展思想，秉持民呼有应、民想有思、民难有解、民需有为的创新精神，在温江区先行先试，从企业、市民视角出发，通过主动服务、优化服务、增值服务靶向发力，用3张清单、4类事项、5种方式、6种渠道推出医保“提醒服务”改革举措，努力打造群众“办事不求人、成事不找人”的鲜明城市标识，实现医保经办服务从被动服务、临期服务向主动服务、靠前服务、精准服务转变。

一、基本情况

医保服务改进一小步，便民惠民迈出一大步。成都医保提振信心和决心，凝聚力量，坚持问题导向、目标引领、结果运用，聚焦群众医保服务“哪里办、怎么办、找谁办”之问，首创医保“提醒服务”，推动医保管理模式从“粗放管理”向“精细治理”转变，更好满足人民日益增长的美好生活需求。

二、主要做法

（一）紧扣服务对象需求，打造“3张提醒清单”。一是打造**企业服务清单**，以主动服务引育产业生态。成都医保从需求侧和政府供给侧双向出发，梳理企业提醒服务事项，形成《成都市企业全生命周期医疗保障提醒服务事项清单》。聚焦定点医药机构运营需求，配备“医保管家”随时提醒，优化服务助力三医联动。二是打造**市民服务清单**，以**亲情服务链接柔性关怀**。精细考虑市民成长和就业需求，编制《市民全生命周期医疗保障提醒服务事项清单》，对部分事项采取“可容可缺”灵活办理。三是打造**部门协同清单**，以**增值服务拓展跨界服务**。归集各部门工作协同、联合办理、信息同源、数据共享等需求，梳理

部门协同提醒事项，编制《成都市部门单位医疗保障工作协同提醒服务清单》，进一步提高部门间协同性和整合度。

（二）缩小业务时点差异，设置“4类提醒事项”。一是**设置节点服务提醒事项**。将定点医疗机构医保费用结算、持续参保登记等16项特定时间节点事务设置为节点提醒，在事项对应节点提前发送提醒信息。二是**设置协同管理提醒事项**。针对涉及多部门、多单位协同联动的提醒事项，建立跨部门提醒协作机制，通过一体化办公平台、微信工作群等对事项进行联动提醒。三是**设置风险预警提醒事项**。将企业未按时足额为职工参保等事项设置为风险预警提醒事项，下发《未按时足额缴纳医疗保险风险告知书》，提醒办理补缴手续。四是**设置业务临期提醒事项**。归集医保中断补缴、灵活就业补缴等对办理时效要求较高的事项，在业务办理临期之前进行集中提醒。

（三）根据业务特点分类，确定“5种提醒方式”。一是**确定节点事项自动提醒**。搭建“成都市医保服务事项提醒服务平台”，针对参保登记等有明确办理时效要求的服务事项设置提醒节点，依托信息化平台在截至时间前自动发送提醒信息。二是**确定特定业务定向提醒**。针对医疗救助等特定业务和特定群体，梳理本地区服务对象信息，整合相关业务资源，通过微信群等渠道向特定部门、群体发布定向提醒。三是**确定热点问题媒体提醒**。对最新政策、各类事项清单的公共信息，以及涉及面广、群众关注度高的热点问题，通过报刊、电视、网络等媒体向公众发布提醒通知。四是**确定复杂个案电话提醒**。针对较为复杂的特殊群体及特殊事项，需进行个案分析研判后，通过网格化摸排，采用电话方式进行人工提醒，细致沟通并跟踪办理。五是**确定紧急事项上门提醒**。针对部分存在一定人身和财产安全隐患的紧急事项，组织专班采取上门的方式当面提醒。

（四）延伸线上线下途径，提供“6种办成渠道”。一是**提供现场帮办代办渠道**。在成都市政务服务中心实现叫号帮办提醒服务，开展服务流程再造，组建专职帮办团队，公开发布联系方式，群众排号成功即可收到关于帮办代办专员联系方式的提醒短信。二是**提供辅导全**

程网办渠道。聚焦应急管理和能力建设，筑牢疫情防控严密防线，依托信息化平台通过自主学习、视频辅导、专人服务的方式，聚集提醒推动全程不见面网办。**三是提供便捷自助办理渠道。**加强政务大厅、各分中心等自助服务区的硬件设施建设，设立现场自助查询教学演示，优化查询流程、简化操作步骤，通过办理流程提醒，实现高频医保业务自助办理。**四是提供远程委托代办渠道。**针对部分低风险、高频次的服务事项，实施远程委托代办服务。服务对象收到提醒信息后，可委托授权医保专员远程代办。**五是提供邮寄快递办理渠道。**针对需审验或收取材料原件的服务事项，明确邮寄办提醒服务，服务对象可通过智能邮寄受理柜提交申报材料，办理结果寄送至服务对象指定地址。**六是提供主动上门服务渠道。**针对高龄、空巢、独居、残疾、失能、重病等特殊人群，提供主动提醒和专职帮办服务，持续深化“我为群众办实事”实践活动，不断提高医保服务的温暖度。

三、取得成效

（一）以建章立制提升服务“贴心”，企业活力不断激发，政务服务与营商环境持续优化。根据企业成长过程需求节点，将医保工作前移至企业成立的初始环节，真正做到开展“暖心式”提醒，提供“保姆式”服务，大幅提升企业办事效率，有效降低企业经营成本，体现“服务型”政府建设理念，彰显医保赤诚服务的热情。

（二）以要素保障利民提升服务“知心”，群众办事方便快捷，医保服务与治理能力深度融合。根据群众需求实行多环节、多节点、多渠道提醒，加强了群众的参保管理，促进了医保治理能力显著提升。2022年发布定向提醒5700余次，电话提醒800余次，上门提醒化解纠纷31件。

（三）以拓展空间赋能服务“暖心”，工作机制不断完善，主动服务与改革终端成效显现。通过推出提醒服务机制来倒逼部门摒弃传统管理方式，进一步转变工作思路，将事后“矛盾化解”前移到事前“治未病”，提醒服务“小切口”推动了工作理念的“大转变”。

数智化赋能让龙江医保 12393 成“金字招牌”

黑龙江省医疗保障服务中心

【典型做法】

当前，数字化智能化已经为人民群众生活带来了很多的便捷性和可能性。科技引领着服务的创新，黑龙江省医疗保障服务中心因时而变，因时而动，积极拓展数字和智能的服务场景，赋能黑龙江省医保 12393 服务热线，通过对政策解答、医保业务办理、智慧服务多项场景数智化赋能，有效提升了服务温度、广度和深度，获得了广大群众的认可。同时，通过 12393 智慧服务系统搜集到的群众聚焦“高频词”“热点词”等信息，进一步帮助医保经办服务工作再提质提效，形成了群众满意，工作助力的“双赢”局面，将龙江医保 12393 打造成为黑龙江创新医保经办服务成果的“金字招牌”。

【实际案例】

“一个视频电话，就帮助我解决了医保报销的难题，真是太方便了。”近日，来自哈尔滨市的市民 56 岁的张阿姨体验了一次医保“视频办”业务。

在医保服务办理过程中，视频一端的张阿姨略显紧张，在热线服务人员专业细致的引导下，只需片刻，张阿姨便完成了业务咨询和办理。张阿姨表示，原本智能手机都不会操作的她，通过可视化和专业人员的引导办理医保业务还是头一回，这种“看得见”的医保服务方式，对她来说实在是太方便了。

“感谢您对黑龙江医保工作的关注与支持，如果还有相关问题随时欢迎您的来电。”视频的另一端，黑龙江 12393 医保服务热线上，整齐规范的着装和现场简洁标准化的视频场景设置，让人在办理医保业务时感到轻松自在，话务员专业而充满热情的讲解让群众在咨询办理过程中多了几分认可与信任。

黑龙江省推出的 12393 医保服务热线 5G 视频办，可一站式解决群众医保缴费、待遇政策、异地就医等高频问题。目前，视频办事从原来的每个月 300 多人次提升至每个月 2300 多人次。在 2022 年世界 5G 大会上，黑龙江省 12393 医保服务热线“5G 视频办”成为大会一大亮点。申报的《智慧医保首创“5G 视频办”让百姓“一次都不跑”》获工业和信息化部主办的第五届“绽放杯”5G 应用征集大赛医疗健康专题赛决赛的二等奖。

【具体举措】

一、用“不打烊”服务，便捷可及温暖龙江

（一）充分整合资源，方便群众记忆。龙江医保历经 2 个月，将全省各地 400 多个医保热线整合为便于记忆的短号码 12393，并与 12345 政务服务热线、“龙江医保”微信公众号互联并行。以建立视频身份认证机制为基础，全面提供各项医保权益查询，并将异地就医备案、基本信息变更等 10 项个人业务办理纳入服务范围，实现了从“最多跑一次”向“一次都不跑”转变。

（二）丰富方式克服困难，确保疫情期间“不打烊”。尽管新型冠状病毒疫情给热线工作带来了极大的压力，但全省各地克服重重困难，为部分话务员配备笔记本电脑，保障居家隔离也不中断 12393 医保热线服务。2022 年 9 月，齐齐哈尔全市静默管理，市医保积极协调防控部门，为话务员做核酸、开证明，全员到岗确保了服务热线有人接、有问题及时解决。同时，全省搭配智能化应答引擎，实现 7×24 小时“不打烊”，截至目前，智能客服助手已接听 21753 通电话。通过多种方式保证热线畅通，解决参保群众“急难愁盼”问题。

（三）提供官方应答，使群众安心暖心。参保登记、候鸟人群、惠民保、诈骗短信……群众有医保问题时，通过拨打 12393 医保服务热线，得到的官方答复总是更能安心。黑龙江省医保在新政策推出和业务开展的关键时间点，适时组织“征缴季”、“候鸟季”、“集采政策落地期”、“异地门诊开通期”等专项业务培训和知识库更新完善，确

保话务人员能准确、规范地回复百姓关注的医保热点问题。

二、持续强化服务，着力谋划品质龙江

（一）健全机制，打造智能化综合平台。一是完善政策知识库。12393 医保政策知识库从最初建立时的 1057 条，完善到现在的 1827 条，完善率达 72.85%。二是健全工单流转机制。话务人员无法及时办理或解答的问题转派成工单，通过全省统一管理、分级处理、分类处置的联动机制限时办结。三是加强“好差评”管理。通过好差评机制为话务员找不足，提升 12393 整体服务质效。四是建立监控平台。将各市 12393 话务现场接入 12393 监控平台，省医保对热线服务岗位人员违规行为进行全时段智能检测，专人负责对话务现场服务质量进行巡查考核。五是建立数智分析平台。拓展群众画像、态势感知、知识图谱等数智化分析功能，对各地在线率、接通率、群众满意度、高频问题统计等指标进行分析，实时掌握热线运行状况，便于分析决策。

（二）强化培训，提升队伍专业素质。省、市两级对 12393 话务人员定期开展业务培训，涵盖话务规范、岗位技能、心理疏导、医保政策等内容，并定期开展“比武练兵”，激发话务人员提高本领的积极性。建立经办人员全员轮岗接听热线机制，引领话务人员自觉提升能力素质。

（三）高位推动，提升高质量服务。各级医保部门“一把手”强化责任担当，对 12393 医保服务热线工作认真谋划、亲自部署、强力推进。截至目前，全省各级医保部门“一把手”接听 12393 电话或处理工单 214 人次，解决群众问题 1656 件。同时，12393 医保服务热线由最初部署到县级整合改为市级统筹，由市地级医保统一管理、分配坐席账号，更加夯实了市级统筹经办服务。

三、坚持创新服务，精细化打造品牌龙江

在 12345 热线整合建设的大背景下，龙江医保“逆流而上”，不仅开通了近年来省内唯一独立热线号码 12393，而且通过不断升级改造，被大众熟知认可。12345 政务服务便民热线工单派转数量逐月降低，

共计派转仅 231 个工单，仅占医保接线量的万分之一。这意味着越来越多的群众直接拨打 12393 医保服务热线，这条热线已走进了龙江百姓的心中。目前，12393 医保服务热线累计接听群众来电 175.77 万余通，接通率 90.62%，日均接通量 9688 通，满意率 99.61%。其中全省优秀话务标兵孙红云共计接听 1.8 万余通电话，满意率 99.81%，其余话务员累计接听热线平均达到 9500 通。

党的二十大会议对增进民生福祉，提高生活品质提出了更高的要求，龙江医保将持续以人民健康为中心，以群众需求为导向，聚焦创新服务举措，以可视化、智能化、数字化等群众喜闻乐见的服务形式，为参保群众提供更加高效、便捷、暖心的医疗保障服务。

抓难点破难题 探索推进医疗保险 手工零星报销网上办理

河北省医疗保障局待遇审核中心

为贯彻落实国家医保局《2022年医疗保障经办管理服务重点工作要点》关于“探索异地就医医疗费用手工（零星）报销线上办理”要求，进一步提升医保经办服务便捷化水平，2022年，河北省医疗保障局将医疗费用手工零星报销网上办理列为重点改革事项，积极探索新思路新途径，开展现金医疗费用手工零星报销网上办理试点工作。

一、基本情况

医疗费用手工报销是医疗保险一项常态化经办业务工作，经办效率高低直接影响服务质量和参保人体验感受。目前各级医疗保险经办机构投入大量时间和人力从事医疗费用手工报销工作，不仅影响工作效率，还增加了参保人垫资压力和跑腿负担。在2021年国务院大督查期间，发现部分省（市、区）个别统筹区存在延期积压手工零星报销业务现象，不仅超出《全国医疗保障经办政务服务事项清单》经办时限要求，更影响了参保人的切身利益。为进一步解决医疗保障民生领域“难点、堵点、痛点”问题，河北省医保局坚持以“看好病、少花钱、少跑腿”为目标，专题研究谋划，确定以参保人通过“河北智慧医保”微信小程序线上申报，医保经办机构在国家统一医保信息平台在线审核的方式，推进现金医疗费用手工零星报销网上办理。个人申报不受时间和地点的限制，申报完成后可在“河北智慧医保”微信小程序进行查询，随时跟踪审核报销进度。同时要求全省范围内定点医疗机构产生的现金医疗费用结算信息及时上传至国家统一医保信息平台，医疗费用明细通过OCR识别转化数据，在医保系统内实现智能化审核。

二、主要做法

（一）顶层设计，试点先行。河北省医保局党组高度重视此项工作，局主要负责同志多次调度、现场指导，主管同志定期督办、全程参与，在对以往现金医疗费用手工零星报销模式进行分析的基础上，广泛调研参保单位、参保群众、医疗机构和省内外医保经办机构，经反复研讨和流程模拟，制定《河北省医疗保障局医疗费用手工零星报销网上办理工作方案》，明确工作思路。一是发挥我省自建信息化技术团队优势，信息技术和医保经办人员共同参与设计、开发医疗费用手工零星报销网上办理系统，保证系统功能完善，快捷好用，为推进工作落实提供技术保障。二是在测试过程中对网上申报审核系统不断进行调试完善，具备上线运行条件后，印发《河北省医疗保障局关于在省本级开展门诊医疗费用手工零星报销网上办理试运行工作的通知》（冀医保字〔2022〕17号），6月15日门诊医疗费用手工零星报销网上办理在省本级开始试运行。

（二）规范标准，提高效率。一是为解决全国各地诊疗服务项目和耗材名称尚未完全统一的问题，将异地就医现金医疗费用明细项目与“河北省诊疗服务项目、医用耗材项目”一一对照，编制《异地就医现金医疗费用明细与省内医保目录对照异名库》2360项；为实现门诊慢性病用药网上智能审核，编制《慢性病药品库》7381项；为强化OCR识别训练，筛选收费票据和费用明细照片1.4万余张。二是为推进异地就医直接结算，有效减少现金医疗费用的产生，减轻参保人“跑办”负担，印发《河北省医疗保障局关于进一步加强省内定点医疗机构医保直接结算的通知》（冀医保函〔2022〕76号），要求省内二级及以上定点医疗机构进一步提高医保直接结算率，因特殊情况未直接结算的3日内将参保人就医现金结算费用全口径自费信息通过上传接口上传至国家统一医保信息平台，便于经办机构审核结算。

（三）扩大试点，拓展应用。一是经过在省本级近两个月的试运行，网上审核报销环节更加完善，OCR识别能力进一步增强。为进

一步扩大推广应用范围，印发《关于将石家庄等6市列为门诊医疗费用手工报销网上办理试点的通知》（冀医保函〔2022〕91号），将石家庄、承德、张家口、廊坊、沧州、邯郸6个市纳入门诊医疗费用手工报销网上办理试点范围。二是印发《关于在省本级开展住院医疗费用手工零星报销网上办理工作的通知》（冀医保函〔2022〕106号），推进住院医疗费用手工报销网上办理上线运行。三是全面实现生育保险网上办理，10月10日，全省实现生育保险待遇核定与支付“跨省通办”，生育医疗费用报销和生育津贴申领全部网上办理。

三、工作成效

（一）“跑腿”负担有效缓解。传统模式医疗费用手工报销由参保人每年向医保经办机构窗口申报，或参保人将资料交至参保单位，由参保单位医保负责人向医保经办机构窗口进行申报，资料不齐全的还需补充资料重新申报，跑办次数多，垫资压力大。医疗费用手工报销模式改革后，采用大家熟知、操作简便的“河北智慧医保”微信小程序，即可完成个人申报，无需“跑腿”，减少了人力成本和时间成本。

（二）申报周期大幅缩短。传统模式医疗费用手工报销，参保人或单位医保负责人每年积累一定资料后，定期向医保经办机构窗口申报，一般一年跑办1-2次，申报审核周期长。医疗费用手工报销模式改革后，就医发生现金医疗费用后，参保人可随时随地自主申报，经办机构及时受理、审核、拨付，大大缩短办理周期。

（三）经办效率显著提高。传统模式医疗费用手工报销，参保人或参保单位往往在年底前集中报送申报资料，容易造成积压或延期办结的问题发生，医疗费用手工报销模式改革后，参保人随时就医结算随时申报，经办机构工作日随时受理，经办效率大幅提高，大部分申报资料可提前4-5日完成受理、审核、拨付，节省时间约16.7%。

（四）审核更加规范精准。传统模式医疗费用手工报销，就医明细基本依靠人工与医保目录比对，容易产生审核误差，可能造成基金流失或参保人利益受损。医疗费用手工报销模式改革后，可利用定期

梳理、动态调整的《异地就医现金医疗费用明细与省内医保目录对照异名库》、《慢性病药品库》等实行系统比对和智能审核，审核环节更加规范、准确。

医疗费用手工报销网上申报模式，目前覆盖河北省 7 个统筹区，参保人 3635 万人，自实施以来通过“河北智慧医保”微信小程序申报受理 4575 人次，参保群众反映良好。为了让老百姓简简单单、明明白白办事，我们编制了现金医疗费用网上办理操作指南和网上操作宣传小视频，通过各种形式进行宣传，让老百姓以最直观最简单的形式掌握网上操作步骤。《中国医疗保险》资讯平台、河北日报客户端等多家新闻媒体和网络平台刊载推广我省这一做法。

连云港市灌南县：首创“帮办中心” 跑出医保服务“加速度”

江苏省连云港市灌南县医疗保障局

灌南县医保局不断创新服务理念，结合参保群众期盼和需求，深入推进“放管服”改革，在相继建成驻外医保服务站、医保顾问团的基础上，率先建成医保帮办中心，进一步优化县、镇、村三级帮办代办工作架构，提升全县医保经办服务帮办代办工作水平，为基层群众提供面对面的医保公共服务，跑出了医保公共服务“加速度”，不断提升企业群众办事的获得感和满意度。

一、基本情况

近年来，灌南县着力推进医保服务标准化、便利化建设，积极探索医保经办新模式。该县按照属地管理、分级负责原则，织密“县有帮办中心、镇有服务站、村有服务点”的县、镇、村三级医保经办服务体系，按照所需材料最少、办理时限最短、办理流程最优原则，规范了全县“15分钟医保服务圈”各层级帮办代办事项清单，统一工作台账，建立以县医保帮办中心为主导，镇医保服务站（含4个驻外异地就医服务站）为纬线，村便民服务点、乡镇卫生院、商保公司网点、银行网点、医保定点药店为触角的三级医保经办服务帮办代办工作框架。

各帮办代办人员以“专人服务，一帮到底”的店小二式服务作为服务宗旨，以“你的要求就是我的追求”作为行动口号，畅通政务服务网、“掌上办”平台、医保便民服务热线等多种帮办代办服务渠道，为低收入人群，留守儿童、老年用户、重症、多病患者，失能群众、老干部、中小微企业、敬老院、智障学校等特殊人群和单位提供医保政策咨询、引导服务、指导办理、提醒办理、预约办理、上门帮办、电话代办等八种帮办代办服务，不断强化服务的主动性，力求从根本上

解决企业群众有事不会办、来不了和来回跑腿的问题，努力用医保干部的“辛苦指数”提升群众的“幸福指数”。

二、主要做法

着力打造“帮办+通办”模式，破办理之困，建立增益式新型服务体系，让人民群众在医保业务办理中更有获得感和愉悦感，主要从四个方面着手，持续优化服务流程，大力改善服务环境。

一是“纵横结合”搭建框架，促进代办帮办工作有序推进。纵向，构建了县、镇、村三级医保经办帮办代办服务体系，建立联系方式，形成三级协同联动，实现了层层有人帮、级级有人代的全覆盖格局。在县行政大厅设立“医保帮办中心”，配备帮办代办志愿者 56 名，都是医保窗口和局科室业务能手，熟悉医保业务和办理流程、又热心服务的年轻同志和科室负责人。在各镇便民服务大厅和驻外异地就医服务站设立专门帮办代办服务窗口，配备 2 名专职代办帮办员。在村居、医保定点药店、医保定点医院、商保公司网点、银行网点设立医保代办点，指定责任心强、业务能力过硬的村干部、医保“三师”等人兼任帮办代办员。县医保帮办中心每名业务骨干对应挂钩一个镇（驻外医保服务站），负责相应镇所有业务培训，指导规范开展代办帮办服务。横向，组建了县内企业帮办代办专业系统。帮办中心针对县内中小微企业设立“企业帮办顾问”、针对路程远小微企业设立“不见面”QQ 群。我县特地推出医保帮办“延伸版”服务，在全县 6 个园区、158 家中小微企业建立“医保顾问”，实行“一对一”的企业帮办服务；组建医保业务办理“不见面”QQ 群，为全县 1000 多家企业，提供线上帮办代办服务，开创“不懂有人问、不会有人帮，不来有人办”的全新服务模式。

二是“帮代结合”设置职能，确保帮办代办工作制度化。对照全省医疗保障经办服务事项清单，梳理出县医保帮办中心 39 项帮办代办事宜，镇级（驻外医保服务站）医保服务站 23 项帮办代办事宜，村级医保服务点 18 项帮办代办事宜。编制医保帮办代办事宜指导服务指南，实行医保帮办代办业务全流程公开，各级医保帮办代办站点根据业务授权，依照帮办代办工作制度，通过政务服务网、“灌南医保”

掌上办平台、电话热线、邮寄办理等渠道，为参保单位和群众提供咨询、指导、协调、代办、帮办等服务，确保帮办代办既能帮助企业百姓办实事，又不触犯政策规定底线。

三是“管评结合”严肃考核，推动帮办代办工作有效落实。把帮办代办工作情况纳入“放管服”改革工作督查和年度考核内容，帮办代办人员工作情况纳入个人年度绩效考核。推行社会公众监督评价，通过设置意见箱、评价器、投诉电话等方式和渠道，主动接受社会监督评价，并按照一定比例随机抽取申请帮办代办的参保单位和群众开展回访调查。建立评估评价机制，将评估评价结果作为改进和考核帮办代办服务的重要依据，深入推进医保服务行风建设，进一步推动帮办代办工作有效落实，提升群众满意度，确保帮办代办工作落到实处。

三、发展成效

截止目前，灌南县已建成1个县级医保帮办中心、15个乡镇（含驻外）帮办代办站、456个帮办代办点，配备专（兼）职帮办代办员536人。已为16500余名群众提供帮办代办服务，年均为企业发送政策解读信息超过20000条、提醒信息近7000条、回复解答信息约4000条。

疫情期间帮办中心发挥了重要作用，开通了绿色通道“帮您办”，为最大限度的减少大厅人员聚集，推出主任带班制度，安排志愿者对前来办事的人员进行“摆摊”帮办代办，对急办件由代办人员主动提供服务，进行全程代办、限时办理；对非急办件引导办事群众通过“灌南医保”掌上办平台进行办理或延后办理，确保疫情期间群众医保服务不受影响。

灌南医保帮办代办服务开展以来，得到企业群众一致好评，《人民日报》《学习强国》等多家主流媒体报道了相关工作，多名帮办代办员收到了感谢短信、感谢信、感谢锦旗，收到12345政府服务热线表扬工单15件次，“医保顾问团”、志愿服务队分别获评县“十佳志愿服务项目”、“十佳优秀志愿组织”。

“雪琴热线”筑起通往民心之路

——朝阳区打造规范化医保热线服务品牌

北京市朝阳区医疗保障事务管理中心

“‘国之大者’就是人民的幸福生活。”北京市朝阳区医疗保障局深入贯彻习近平总书记对北京系列重要讲话精神，全面落实市区两级决策部署，秉持“1+4”建局理念，站稳人民立场，协调融合多方资源，举全局之力攻坚克难，以“高质量、规范化”为着力点，打造出朝阳医保咨询服务“雪琴热线”品牌。这条“政民连心线”“暖心保障线”将党中央的重大战略决策、市区两级做出的工作部署转化为实实在在的惠民利企举措，转化为“群众办事报销简简单单”的服务体验，转化为百姓切实的获得感、幸福感和安全感。

一、建设背景——区位优势特点和医保工作形势，对朝阳医保咨询服务提出巨大挑战

朝阳区作为首都经济发展的重要引擎，承载国际交往的重要窗口、实践特大城市社会治理体系和治理能力现代化的先行之地，实现“减量之中谋发展”的新旧动能转换重点区域，多年以来，经济社会文化发展始终保持强劲多元活力，基层治理和公共服务长期应对压力挑战。朝阳区医保基金年收审支运营 659 亿，基金“审—支—管”协同有力，服务参保企业 29 万家，服务稳定参保群众近 400 万，全覆盖监管定点医疗机构及药店 511 家，全市率先完成机构改革社保相关职能吸纳整合，电子凭证激活人数 230 余万，全市第一。一直以来，朝阳医保面临着服务对象众多，待遇保障广泛，群众诉求多元，服务期望值跃迁等诸多考验，咨询需求呈现“多、杂、难、急”的特点。朝阳区医保局建局之初，咨询热线因朝阳群众的热切需求而“过载熔断”，“咨询电话打不通，排队等待时间长，群众投诉多……”成为摆在新建局面前的一道考题。

二、主要做法——打造“15个规范”，接稳群众急难愁盼

（一）精心谋划，规范组织保障

一是成立独立科室，专人专岗专责。朝阳区医保局以贯彻机构改革要求，落实职能划转为契机，成立基层服务指导科专责组织协调医疗保障政策业务的对外宣传、咨询服务工作，负责收集咨询问题并提出合理化建议。选拔优秀资深业务骨干，搭建结构合理、专业互补、朝气蓬勃的专职咨询队伍。二是加强党建引领，支部小组联动。医保中心主管政务服务的副主任以普通党员身份加入基层服务指导科党小组，加强党建思想引领。“雪琴热线”电话中心所在党小组与“一窗通办”所在党小组、办公室财务联合党小组凝聚为一个支部，打造“线上线下相结合”“后台围绕前台转”的服务模式，为咨询热线提供强有力的思想保障、组织保障及人财物后勤保障。三是建立后备队伍，做好人员储备。确立全局党员、青年π成员纳入咨询后备梯队，在疫情临时管控等特殊减员时期，及时补充咨询队伍，保障对外服务质量。

（二）建章立制，规范制度建设

建立咨询服务规范化制度，打造规范化服务框架。一是规范建立咨询岗工作制度，熟练掌握医保政策及业务知识，要求服务态度和蔼、礼貌、热情，使用标准文明用语，规定咨询接待“三步走”工作流程及标准，明确办理时限及特殊情况处理办法。二是规范执行首问负责制、一次性告知制度、对外服务承诺以及接受群众监督制度，责任明确到人到位。三是规范遵守保密和信息管理制度，严格遵守国家和行业信息安全保密有关规定，严格遵守中心制定的各项保密和信息管理制度，加强信息安全管理，防止信息泄露。四是制规范定应急保障制度。从人员保障、设备保障、现场突发事件保障和业务能力提升四个方面，将咨询服务应急问题全覆盖进行预案处理。五是规范北京市12345“接诉即办”和“雪琴热线”融通提升机制，每周局长专题会分析调度“接诉即办”与“雪琴热线”工作，对群众急难愁盼问题复盘推演，专人汇总

问题串联业务科室，通过内部优化和流程再造形成问题的集成化解决路径，统一坐席解答口径，响应市局每月一题。

（三）四位一体，规范培训体系

一是规范培训内容，由资深业务骨干一对一带教，以科室针对咨询实战汇总整理常见问题为规范教材，通过系统梳理业务知识，亲身示范服务规范，重点指导业务难点和服务技巧，循序渐进规范培训，实现新人以干代学，迅速上手。二是规范定期考核，咨询岗工作人员每半个月进行业务培训及问题汇总通报 1 次，每季度业务问题答卷 1 次，以考促学。三是规范帮学机制，科室微信工作群提供线上答疑平台，与线下交流相结合，形成咨询岗内部随时随地、自发自觉地传帮带循环；四是规范礼仪服务，朝阳区医保局坚持“请进来走出去”，礼仪老师现场演示，前往北京银行电话热线实地调研，汲取其他行业的先进经验。

（四）信息助力，规范快捷服务

一是规范视频应答，朝阳医保在全市率先试行 5G 视频咨询，连线视频指导；二是规范“答后推送”，自动 AI 智能语音“朝小宝”全年无休实时自动应答，对咨询群众实时短信推送，省去群众边听边记的麻烦；三是规范智能语音库，筛选百姓共性医保疑问和阶段性舆情热点添加至智能语音库，利用 AI 智能语音提供综合解答，实现循证服务，增效减负。

三、发展成效——“小听筒，大情怀”，打得通、解决快、办成事

在朝阳区医保局的不懈努力下，“雪琴热线”高质量回应了辖区 400 多万参保人的医保诉求，实现 7*24 小时不间断智慧医保服务，2021 年全年接听电话 27.6 万人次；实现每天处理咨询电话 1500 多个，接听率 100%，等待时长缩短至 1 分钟以内；以咨询电话为平台开展不见面办实事，共计办理完成 5154 件。“雪琴热线”多次收到企业群众好评，涌现出首都劳动奖章获得者张斌、北京市政务服务“贴心服务标兵”张雪琴等先进典型。规范化的“雪琴热线”还有力促进了对“朝

阳群众”医保诉求的“前端吸附”和“主动治理”，朝阳区医保局“接诉即办”工作成效明显提升，考核成绩排名连续数月名列前茅，“雪琴热线”为代表，朝阳区医保局把初心印刻在“朝阳群众”的口碑上，履践了朝阳医保人“最大，最杂，最放心；最稳，最暖，最忠诚”的使命担当。

“一事联办”疏堵点 “免审即享”解民忧

湖北省随州市医疗保障局医疗保障服务中心

摘要：医保经办规范化建设是巩固完善医疗保障待遇，推进拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的重大举措。湖北省随州市脱贫攻坚目标任务完成后，因病返贫人口达 2.5 万人，如何实现医保扶贫政策“四位一体”向“三重保障”平稳过渡？如何有效解决群众反映的痛点、难点、堵点问题？湖北省随州市医保经办机构通过定期向乡村振兴部门报送大额个人自付医疗费用信息，对农村重大疾病患者进行动态监测，将符合条件的困难群众及时纳入监测范围，建立长效机制，用实际行动为此类患者减负解忧。

基本情况一：

患者李某，男，20 岁，随州市广水关庙镇尖山村人，因患有严重精神疾病，月均门诊费用近千元，因没有住院病历资料，无法申报门诊慢特病资格，导致门诊就医发生的费用不能报销的问题，了解到这一个情况，随州市广水医保局协调广水精神康复医院认定其为重性精神病对象，将其纳入门诊慢特病管理，每个月门诊费用经医保报销后，个人仅承担 100 多元。在工作人员对该对象进行回访时，其父亲说：“我儿子得病后家里花了不少钱……现在的政策好，能享受医保门诊慢特病报销资格了，真的给我们减轻了很大的负担。”

随州市着力解决参保患者急难愁盼问题，大胆创新，探索重性精神病患者管理“一事联办”，解决重性精神病患者因门诊慢特病资格认定难、手续复杂导致的就医报销“难点”。

主要做法：

一是创新举措“一事联办”。随州市推出重性精神病患者管理“一事联办”新举措，实现重性精神病患者公共卫生管理、医保门诊慢特病资格认定、精神残疾等级鉴定、重性精神病患者规范化治疗等事项

“一事联办”。

二是照单全收“动态管理”。着力简化门诊慢特病资格申报流程手续，对卫健部门提供的重性精神病患者名单照单全收，全部纳入门诊慢特病管理范围，实现重性精神病患者一站式“动态管理”。

三是绿色通道“即来即享”。医保经办机构开辟门诊慢特病申报绿色通道，重性精神病患者从获得资格之日起，发生的政策范围内合规费用纳入报销范围，住院免扣起付线，门诊慢特病待遇“即来即享”，实行无差别、无障碍报销政策。

发展成效：

随州市通过优化重性精神病患者管理流程，打通了医保服务的“最后一米”，实现了重性精神病患者管理“一事联办”，门诊慢特病待遇“医享无忧”，让数据多跑路、群众少跑腿。

2022年1-8月，全市重性精神病患者门诊10964人次，总费用366万元，各类基金共计支付309万元，实际报销比例84.43%。

基本情况二：

患者黄某，女，59岁，广水市广水街道办事处社区居民，精准扶贫对象，2022年因患乳腺恶性肿瘤多次门诊、住院治疗，截止6月底医疗费用合计5.89万元，其中基本医保、大病累计报销3.3万元，政策内个人自付2.43万元。经过大数据比对和入户调查，7月份被认定为低保对象，后期门诊、住院治疗总医疗费用3.5万元，其中基本医保、大病报销、医疗救助累计报销3.32万元，个人自付0.18万元，实际报销比例达到95%。黄某拉着医保工作人员的手说道：“我都没有提供过多资料，就把我确定为救助对象，享受医疗救助和补充医疗待遇，还可以补助1万多元，太感谢你们了！”

主要做法：

一是精细调整政策。随州市医保局通过大量数据测算，深入调查分析，出台了《关于巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的实施细则》（随医保发〔2021〕32号）。让低收入人群通

过实行基本医疗保险、大病保险、医疗救助“三重保障”一站式结算最大程度减轻低收入人群个人医疗费用负担。

二是精准圈定对象。随州市医保局与乡村振兴局、民政局建立了定期提供两类人员数据共享渠道，按月将医疗费用经医保报销后个人自付超过 10000 元的稳定脱贫对象名单共享给乡村振兴局和民政局，两部门依托共享数据组织人员入户调查摸排，确认低收入人群范围对象，并及时将新增低收入人口人员名单共享给医保部门，由经办人员在医保信息系统上进行身份标识。

三是精心优化流程。新增低收入人口身份被认定后救助全部实现定点医药机构“一站式”结算。为确保该类人员“应助尽助、不漏一人”，随州市医保局优化依申请救助流程，定期把新增低收入对象人员信息与发生大额费用人员信息进行比对，将依申请救助权限下放到镇、村（社区），由医保工作人员对符合依申请救助人员信息进行初审，医保经办机构复核后将应救助款划入其本人账户，患者全程“零”跑动，真正实现医保待遇“免申即享”。

发展成效：

2022 年 1-8 月，全市低收入人口住院就诊 41100 人次，总费用 24319.45 万元，政策范围内费用 22618.64 万元，基本医疗报销 15653.04 万元、大病保险报销 1506.72 万元、医疗救助支付 2831.88 万元、其他保障报销 29.34 万元，政策范围内报销比例 88.52%。全市低收入人口门诊慢特病、双通道药品特药门诊就诊 98021 人次，总费用 5982.34 万元，政策范围内费用 6028.21 万元、基本医疗报销 4229.31 万元、大病保险报销 550.71 万元、医疗救助支付 682.78 万元，政策范围内报销比例 90.62%。

贵州省黔南州荔波县“三维发力”推进“异地就医”提质增效

贵州省黔南州荔波县医疗保障事务中心

医疗保障“跨省通办”“全省通办”是重大的民生工程，对参保人而言是利好举措。贵州省黔南布依族苗族自治州专注解决群众“异地就医”痛点、堵点、难点问题，取得了一系列成效，极大程度上方便了患者异地就医，增加了参保人获得优质医疗资源的机会，如荔波县，“三维发力”推进“异地就医”直接结算。

一、基本情况

贵州省黔南州荔波县自启动基本医疗保险“异地就医”“跨省异地就医”直接结算工作以来，充分发挥经办机构在工作中的重要作用，从聚焦“制度”、提升速度、拓宽广度三个方面加强经办服务能力，深入推进 28 项统一医保政务服务事项实现“全省通办”，7 项医保服务事项实现“跨省通办”，有效解决参保人报销周期长、垫资压力大、个人负担重、往返奔波等痛点、难点问题。2022 年以来，荔波县门诊和住院费用跨省直接结算医疗机构增加至 19 家，覆盖所有乡（镇、街道），提前实现了县、乡（镇、街道）两级全覆盖，满足了参保人员的异地就医需求。

二、主要做法

（一）坚持以“制”先行，突出高标准规划建设

政策宣传多方化，提高群众知晓率。以医保政策“五进”活动为载体，深入开展“跨省通办”“全省通办”医保政策宣传，通过门户网站、微信公众号、印制政策汇编和发放宣传折页等方式，全面解读医保政策，引导群众积极参保、理性就医、依法合规享受待遇。**业务经办智慧化，实现“秒办”。**依托贵州省医疗保障信息平台、大数据、医保电子凭证、政务服务平台等载体，以远程参保、在线支付、异地审核等数据应用，线下通过在异地开设“通办专窗”，实现备案、登记、变更、

查询等 12 项医保高频事项在数据平台校验后直接“秒办”。**政策互认便捷化，实现“代审”**。完善政策互通、窗口专员联系制度、数据实时上传等机制，经异地医保经办机构审核后，通过“一网通办”平台直接落地参保地，实现异地转诊备案完成异地“代审”。**核查互认同城化，实现“合办”**。建立完善数据共享机制、责任追溯机制等机制，针对意外伤害调查结果互认制定统一的实施细则，实现“五统一”，即统一调查版本、统一调查表述、统一认定标准、统一支付规则、统一档案管理，打破两地合作保险公司间信息壁垒，两地互认调查结果、处理意见，实现意外伤害人员可在就医地定点医院实时刷卡结算完成“合办”。

（二）坚持以“速”增效，突出高水平管理服务

抓服务，提高效能引导率。为方便群众查询“跨省通办”“全省通办”流程，及时公布流程，充分利用贵州政务服务网平台和医疗保障信息平台优势，在各定点医疗机构公布就医、转诊、报销流程等办事指南，做到一次性告知，同时公布“跨省通办”“全省通办”咨询电话，为群众提供全方位的咨询服务。**抓效率，提高“代收”速率**。建立“异地代收、收办分离”模式，运用电子发票、电子病历等数字化技术，打破事项办理的属地化管理限制。通过异地收件、远程传输、平台更新、快递送达、全程追溯等传递方式，实现门诊、住院、生育、医疗救助等 7 项费用报销和 2 项转移接续等医保事项在“通办专窗”直接完成“代收”。**抓审核，提高办结效率**。安排专人负责网上办理“跨省通办”“全省通办”，对参保人员“跨省通办”“全省通办”信息及时办结，确保参保患者能在异地及时就医和结算。

（三）坚持以“广”服务，突出高精度排忧解难

窗口前移“就近办”。创新县带乡镇（街道）联动方式，建立县、乡镇（街道）、村（社区）三级医疗保障服务体系，将 13 个政务服务事项下延至全县 8 个乡镇（街道）、12 个高频事项下延至村（社区），搭建医保便捷服务主体框架。全力构建优质便捷、运行高效、管理有序的“15 分钟医保服务圈”示范点，推动医保公共服务在更深层

次、更广范围内实现“网上办”“自助办”“就近办”“一次办”，让群众不出乡（镇）、村的门，办好医保事。异地人员“就地办”。异地参保人员来荔，可以依托国家医保服务平台 APP 办理备案，同时可查询开通普通门诊或住院异地联网结算试点的统筹地区和定点医药机构，实现门诊和住院费用跨省直接结算。特殊情况“特别办”。针对部分行动困难的特殊群众，实行主动上门服务。针对窗口事多量大的情况，工作人员主动开展延迟服务，做到为群众“特事特办、急事急办”。

三、发展成效

（一）推进信息化成果普及应用，化解群众办事“来回跑”“折返跑”的堵点一挥而就。推出经办服务“五不”（手工报销不见面、门慢申请不跑腿、异地就医不慌张、政策咨询不出门、老人享待不出户）措施，打造“互联网+政务网+移动通讯网+物流网”四网合一医保业务办理模式，利用国家医保 APP、异地就医即时结算平台、贵州政务服务网、荔波医保微信公众号等线上途径提供参保信息变更登记、转移接续手续办理、异地就医备案、门诊慢特病病种待遇认定等业务的查询办理，提高办事效率。目前，已实现医保业务办理“网上办”“掌上办”13 项业务 100%网上可办率，已办结事项 1274 件。通过改革创新、线上线下场景重构、收办分离、调查结果跨域互认，切实认真开展 28 项统一医保政务服务事项实现“全省通办”“秒办、代收、代审、合办”，7 项医保服务事项实现“跨省通办”。截至目前，“合办”无第三方责任办理异地外伤治疗报销 84 人次，“代收”生育津贴申领材料 10 份，异地邮寄报销材料 15 份，打印电子发票约 600 余份，办理医保转移 100 余人。截至 2022 年 9 月，跨省异地直接结算 2420 人次，医疗总费用 2650.39 万元，医保支付 1738.76 万元。

（二）简化流程快速办，解决参保人报销周期长痛点得心应手。深化“一窗通办 2+2 模式”改革，按照“前台综合受理、后台分类审批、综合窗口出件”服务模式，实现医保业务办理“进一扇门、取一个号、到一个窗、一次办成”，推进政务服务集约化、高效化、便民化、标

准化。目前，医保经办服务所需事项材料均不超过5种，压缩各事项材料比例达40%，办理时限整体压缩比例达50%，报销时间压塑至25个工作日。据统计，2022年1—9月，服务群众32640人次，办理转诊转院1195人次，门诊特殊病办件538人次，城乡居民两病办件312人次，职工医疗保险关系转移接续申请办理49人次，开展上门服务7人次、延迟服务7人次、预约服务27人次、陪同服务3人次、特殊通道服务6人次。

（三）前移窗口短程办，解决群众异地报销最后一公里难点轻车熟路。通过跨省通办信息平台 and 医保信息平台，打通了跨省异地就医渠道，切实做到医保业务办理零排队、不见面、零花费，从而进一步缩短了办理时间，提高了工作效率。创新医保经办服务模式，在各乡镇（街道）设立医保服务站（点），派驻一名专职业务办理人员，将参保登记、慢病认定、转诊备案、门诊住院报销、手工医疗救助审批等28项服务事项经办权限下放到基层，采用县带乡镇（街道）联动方式，建立县、乡镇（街道）、村（社区）三级医疗保障服务体系，将13个政务服务事项下延至全县8个乡镇（街道）、12个高频事项下延至村（社区），搭建以县级医保经办机构为中心、乡（镇、街道）医保服务站为枢纽、村（社区）医保服务室为节点的15分钟医保服务圈。实现基层医保业务“短程”办理，真正做到把医保服务送到群众家门口，高效推进高频医保经办服务事项下沉。目前，乡（镇、街道）医保服务站（点）共受理服务事项13项，办结件100余件，办结率100%，接待窗口咨询群众2000余人。

出招“四化”连环拳，助力医保经办“加速度”

天津市医疗保障基金管理中心

“在天津，医保办事简直太方便了！”刚办完医保关系转移接续的杨先生高兴地说。从申请登记到办完，他竟然一次没跑——这在以前是想都不敢想的事情。

一、基本情况

天津医保认真贯彻落实党中央、国务院“放管服”改革和国家医保局优化简化医保服务事项的决策部署，牢固树立“以人民为中心”的发展理念，深度探索传统服务方式和智能化服务方式双效并行。充分利用互联网、大数据等手段，推动构建线下窗口、线上服务、热线服务、自助服务、自助终端等多渠道相结合的医疗保障公共服务体系，为人民群众提供全方位、全周期的保障服务，通过推动医保经办服务建设，让人民群众真切感受到天津医保服务工作的温度、速度和广度，提升人民群众获得感、幸福感、安全感，以实际行动迎接党的二十大胜利召开。

二、主要做法

（一）医保服务“就近化”，下沉基层办理“便民化”

天津医保坚持群众在哪里，医保服务就走到哪里的服务理念，推动医保公共服务事项全城通办，通过政务信息网络实现与街、乡、镇信息互通，开放业务管理权限，开展经办业务培训与轮训，目前，已将 11 个群众常办的医保服务事项下沉到 247 个街道党群服务中心，让老百姓在家门口就能享受到“一站式”便捷的医保服务。在试点党群服务中心推广医保自助设备，并尝试开展自助设备 24 小时不间断对外服务。“就近”、“省时”、“方便”这是群众对医保经办服务下沉的真实感受，自医保经办服务业务下沉基层工作开展以来，既方便群众办理医保业务，有效缓解了医保中心经办窗口的压力。

（二）医保服务“多元化”，满足群众办事“多样化”

天津师范大学大一学生尹颜悦，在天津市第一中心医院就医，按照天津市城乡居民医保享受要求，需要先办理“城乡定点医院登记”，尹同学医院现场拿出手机，通过“津医保 APP”顺利完成就医登记变更。“津医保 APP”作为天津医疗保障局官方对外服务平台，医保线上服务的一部分，是实现医保业务“一网通办、零跑腿”的重要一环。为满足不同人群办理业务多样化的需求，天津医保充分利用“互联网+医保”服务优势，推进我市医保经办“线下”服务向“线上”转变，全力打造医保事项“网上办+掌上办”的服务，群众借助医保网厅、公众号、手机APP、医保服务热线等渠道办理查询和办理医保业务。目前，天津医保各类线公共服务事项已集成医保业务查询办理、就医购药等80余项便民功能，支持400余家医疗机构手机挂号缴费。线上办理公共事项年受理量约1亿人次，服务覆盖率高达90%以上，参保单位和群众可足不出户随时随地完成医保业务查询、咨询和办理，真正实现“让数据多跑路，群众少跑腿”的医保经办新路径。

（三）医保服务“智慧化”，方便群众办理“便捷化”

一条热线解民忧，作为天津医保便民、惠民目标之一，自热线开通以来深受群众青睐。2022年3月红桥区的罗阿姨将一面印有“办事效率真高，热线服务真好”的锦旗和表扬信邮寄到天津医保中心，信中讲述道“儿女常年在外地打工，孙女患有红斑狼疮想申请门诊特殊病，由于天津市儿童医院没有鉴定资格无法办理，其他具备鉴定资格的医院无法对儿童进行鉴定，自己有行动不便，尝试拨打‘12393热线’求助。热线工作人员及时联系相关部门，帮罗阿姨开通了绿色通道，热线工作人员又通过5G视频面对面指导使用‘津医保APP’，为她的孙女成功申请了门特。感谢天津医保让我这花甲老人也坐上了医保服务的快车！”

为更好地服务群众，天津医保在“热线打得通、政策答得清”的基础上，率先运用先进技术开通“5G视频客服”特色功能，将语音指导

操作延伸为视频“一对一”帮办服务，为市民提供更直观、更便捷的服务，从而快速解决市民问题，“不跑腿+面对面”的服务形式受到了广大群众的好评。

此外，天津 12393 上线智能语音导航功能。运用人工智能、语义理解、语音交互等技术，完成语音标注数据量 18000 分钟，语音标注准确率高达 98%，系统识别能力高达 85%。现在群众医保问题拨打 12393 只需说出关键字，如“优抚救助查询、门特报销”等，语音机器人系统将自动识别群众所说内容，精准匹配到对应菜单节点上，操作便捷，无需按键，减少了由于群众不了解医保专业术语所造成的操作失误。此功能优化群众服务体验，降低了群众的操作成本，提高了群众业务查询和办理效率。

（四）医保服务“亲民化”，主动服务群众“人性化”

医保中心在服务中持续关注群众体验，工作中着眼于民生之需。一是，窗口经办人性化服务，通过制定适老化表单填写相关工作细则，将填单方式优化为“我填单，您确认”，进一步减轻老年人负担；二是，搭建助老渠道，弥除“数字鸿沟”，解决智能技术在老年人群中使用不普及、体验不“友好”、功能不适用问题。通过“津医保 App”适老化改造，开设“老年模式”，将字体、按键变大，色彩变强，选项减少，核心功能突出；三是，通过微信公众号、抖音账号、官方网站及主流网媒等线上渠道发布医保政策知识及医保经办服务渠道，帮助群众懂政策、会办理。

三、经验效果

（一）业务场景满足不同群众需求。

目前，天津医保已实现热线、APP、网厅、微信小程序、窗口全渠道业务查询、咨询、办理直通车。“智慧医保”系统建设和医保领域“最多跑一次”领跑者行动正在积极推进中，从参保群众“关键小事”入手，打通堵点、攻克难点，不断提升医保服务质量，真正打通群众办事“最后一公里”。

（二）以群众需求为导向，驱动信息化服务升级。

随着智能科技服务在政务工作中的不断应用，天津医保以紧迫意识打造智慧医保服务，。通过信息化服务的升级，打造一体化优质便捷的医保服务，拉近与人民群众的距离，提升医保服务的温度，彰显医保经办担当。

四、下一步工作

下一步，天津医保中心将继续从群众的需求出发，想办法、出实招，进一步优化医保便民服务措施，将加强互联网服务矩阵，努力提升医保经办服务能力，擦亮天津医保“津”字号品牌，争取从“服务本市”到“带动全国”，为新时代医疗保障事业发展贡献力量！

“四个强化”让医保适老化服务提质增效

湖南省郴州市医疗保障事务中心

为贯彻落实国家医疗保障局《关于坚持传统服务方式与智能化服务创新并行优化医疗保障服务工作的意见》精神，郴州市医疗保障部门坚持以人民为中心的发展理念，从老年人的实际需求出发，聚焦医保领域“难点、堵点、痛点”，狠抓“四个强化”，推进医保适老化服务提质增效，持续提升老年人幸福感、获得感、安全感。

一、基本情况

郴州市基本医疗保险参保 446.16 万人，老年人达 89.45 万人，占总参保人数的 20.1%。其中，城镇职工基本医疗保险退休人员占职工总参保人数的 36.57%；城乡居民基本医疗保险 60 岁以上的老年人占居民总参保人数的 18.02%。

二、主要举措

（一）强化基础，提升服务保障。一是设置专窗“用心服务”。开辟老年人业务办理绿色通道，在市、县医保经办大厅专门设置“老年人优先窗口”20 个，实行老年人优先办理，减少老年人取号排队时间，用心提供一对一服务。二是完善设施“暖心服务”。针对老年办事群众的特殊需求，设置“爱心专座”，进一步完善老年人无障碍、应急设施，在便民服务区配备了轮椅、老花镜、医药箱、饮水机、口罩等服务用品，暖心打造老年人友善环境。三是延伸触角“贴心服务”。以省市共建五级经办服务体系为契机，在将经办服务下沉乡镇（街道）、村（社区）的同时，进一步推进医保经办服务向定点医药机构、外出务工集中地、高校、园区、大型厂矿等服务点延伸，缩短服务半径，延长服务触角。特别是将门诊慢特病、“双通道”管理药品待遇初审受理、异地就医转诊备案等服务事项下放至医保定点医药机构后，参保群众特别是老年参保患者无需往返奔波，在“家门口”就可享受到方便快捷优

质的医保服务。

（二）强化管理，提升服务质量。进一步完善内控管理制度，下发《关于持续优化医疗保障服务适老化程度的通知》，切实为老年人、残疾人等特殊群体提供更周全、更贴心、更便利的医疗保障服务。一是**落实“五制”**。认真落实首问负责制、全程代理制、一次性告知制、限时办结制和责任追究制。二是**推行“五声”**。全面推行“来有迎声、问有答声、怨有歉声、办有回声、走有送声”等“五声”服务。三是**实行“五导”**。在为老年群体提供各类咨询服务时，全面实行“引导、指导、辅导、疏导、安导”服务。

（三）强化平台，提升服务能力。一是**“掌上办理”**。依托全国统一医保平台，优化系统操作程序和功能模块，在全省率先实现异地安置人员个人账户一次性支取全程“掌上”自助办理。同时，大力推广使用“湘医保”APP、“郴州医保”微信公众号、异地就医备案小程序等医保公共服务平台，参保群众在手机上即可完成个人信息查询、异地就医备案等高频事项的办理。二是**“跨省通办”**。77家医疗机构开通住院费用跨省直接结算、73家医疗机构开通普通门诊费用跨省直接结算、43家医疗机构开通5个门诊慢特病跨省直接结算业务，实现“跨省通办”全覆盖，为广大群众特别是医疗服务需求最多的老年人解决了异地就医“跑腿垫资”难题。三是**“刷脸支付”**。按照先行先试、逐步推开的原则，在市第一人民医院、市第四人民医院上线医保移动支付，参保群众尤其是老年人看病就医实现“无卡化”，只要刷脸或轻点手机即可一站式支付医疗费用，免除忘带或遗失社保卡、银行卡的后顾之忧。

（四）强化载体，提升服务实效。一是**建立便民服务卡**。郴州市医保与参保单位、社区、定点医药机构建立数据共享，为有需要的独居老人建立医保服务联系卡，重点关注孤寡、失独、失能、空巢老人，组织党员志愿者、定点医药机构工作人员主动为老年人开展参保缴费、送诊送药、送政策等“帮代办”服务。二是**推出“医保速递”服务**。充分

考虑偏远、异地往返的不便，郴州市医保针对特殊病种门诊和“双通道”管理药品服务、异地安置医药服务等多项老年人高频业务开启“医保速递”模式，申报资料、办理结果、相关药物均可实行“医保速递”，让老人不出门，服务送上门。截止9月，全市医保经办机构共为老年人提供上门服务5479人次。三是**建立信息档案**。窗口服务坚持“两条腿”走路，在不断深化“互联网+医保”服务的同时，保留传统服务方式，对前来办事的未使用或不会操作智能设备且独居的孤寡老年人进行登记，建立信息档案记录，不定期进行电话随访，主动为其解决在运用智能技术等方面遇到的困难。

三、工作成效

（一）群众满意度显著增强。一是**办事环境更温馨**。医保服务大厅内更新配备了轮椅、老花镜、医药箱、饮水机等便民服务设施，为有需求的群众提供精准服务。二是**医保办事更便捷**。将经办服务下沉到镇（街道）、村（社区）、定点医药机构、厂矿等，实现在“家门口”办理业务，跨省通办让老年人异地就医实现就近办。“掌上”自助办理、“刷脸支付”等服务方式让老年人在就医购药更方便快捷。三是**医保服务更温暖**。为老年人提供“帮代办”服务、“医保速递”服务、上门服务，进一步提升老年人的幸福感和获得感。

（二）经办服务能力明显提升。通过夯实基础、规范管理、搭建平台、丰富载体等举措，实现医保服务下沉，医保内控管理更规范，医保个性化服务更精准、精细、精致。一是**适老化服务更优质**。针对老年人服务的特殊性，开展老年人医保服务专题培训，重点对老年人沟通技巧、适老化设施设备操作等内容给予专业指导，提升服务水平，“老年人优先服务窗口”经办服务质量明显改善。二是**适老化服务更暖心**。提供亲情式老年人优先窗口，老年人办理医保业务量持续提升，今年1-9月，全市医保经办机构共为老年人提供主动引导服务12338人次，为60岁以上老年人办理业务共计32844人次，实现老年人业务优先办、暖心办、快捷办。

两定机构结算明明白白类

科学精细 优质高效 北京打造医保总额预算管理新模式

北京市医疗保险事务管理中心

“国之大者”就是人民的幸福生活，医保人的踔厉奋发，开拓创新，就是人民群众的“医靠”。北京医保全面深化《中共中央、国务院关于进一步深化医疗保障制度改革的意见》，创造性地构建了科学、精细、高效的北京医保总额预算管理（BeiJing Medical Insurance-Global Budget Index, BJ-GBI）新模式。

一、基本情况

总额预算管理是医保基金合理使用的安全帽和防护网，是多元医保支付方式的总开关和总闸门，在医保管理工作中发挥着举足轻重的作用。北京市自 2013 年开始对医保定点医疗机构全面实施总额预算管理，建立了年初下达费用指标，按月预付，年终结算，结余共享、超支共担的管理模式。在控制基金不合理支出方面取得了积极成效，但也暴露出一些问题，如考虑不同医疗机构自身特点不够，每年以医疗机构历史累计费用为基数乘以统一增速简单分配年度费用指标，而质量评价则侧重医保费用效率，对医疗服务质量涉及较少，不能合理反映医疗机构管理情况。

随着医保支付方式改革的深度推进，传统粗放的总额预算管理方式已经很难适应现有医保管理需求，如何凸显医保基金战略购买价值，促使医疗机构向“提质增效”深度转变，成为医保基金管理面临的时代课题。为进一步完善医保基金总额预算办法，北京市在回顾总结多年总额预算管理经验的基础上，创造性地构建了重视历史数据规律、强调质量评价、实现价值支付的总额预算管理 BJ-GBI 新模式，填补了行业领域空白。

二、主要做法

（一）科学建模，预测趋势

以 2017 年以来医疗机构每日发生的费用数据为依据，通过历史数据清洗、模型构建、数据拟合、调整与修正等环节，形成“一院一测”的时间序列趋势预测值。针对我市医疗机构基数大，影响费用突发因素多，数据特征复杂的情况，采取 ARIMA 模型+Prophet 模型+简易模型的复合式预测方法，在经典模型基础上引入“断点”因素，结合医疗机构现有时序数据，加入政策改革、重大事项变更、突发应急公共卫生事件等变化因素，充分体现医疗机构个性特征，确保总额预算指标预测更加科学精准。

（二）质量核定，量化评分

一是对标国际先进管理模式，结合北京市实际情况，从医保费用效率、医疗服务质量、医保综合管理三个维度构建一套全面高效的总额预算质量评价体系。二是定量研究，制定严谨的数据标化处理办法。通过“控制变量”的方式，将影响质量评价指标的混杂因素控制在同一基线上，完成考核指标的定量比较。门诊考核指标按照患者年龄结构、医疗机构级别、就诊科室对数据进行标化；住院考核指标以 DRG 作为技术支持，考虑医疗机构级别、DRG 病组结构对数据进行标化处理，确保医疗机构评价指标之间的可比性。三是多维度考量，打造精准的质量评价核定方法。结合考核指标的具体内涵，横向与社会平均值比较，体现医疗机构质量在全市所处的水平；纵向与医疗机构自身历史水平比较，考核医疗机构质量趋势好坏；核增、核减双向核定充分发挥考核的激励和约束作用，全方位引导医疗机构向优质高效方向发展。

（三）价值支付，战略购买

激励约束机制是发挥医保基金战略购买作用的核心。改变以往总额控制“超支分担、结余留用”的年终清算模式，构建以质量为核心的总额预算价值支付新模式。在医保基金支出预算范围内，根据定点医疗机构年度内医保费用发生情况和质量考核评价情况确定年终清算额。将预算执行情况作为重要的评价指标纳入质量评价体系，定点医

疗机构质量评分越高，其医保基金年终清算额度越高，高于其实际发生的部分兑现定点医疗机构管理价值。合理分配结余留用资金，调动医务人员积极性，促进医务人员规范诊疗行为，提升医疗服务质量，控制不合理费用。

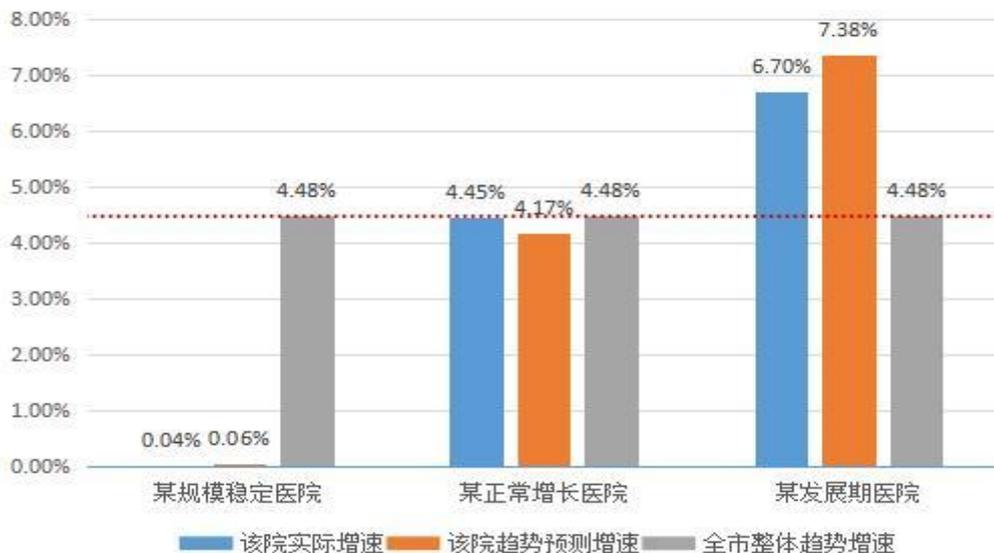
三、BJ-GBI 管理成效

BJ-GBI 改变了以往相对简单粗放以控费为核心的总额控制模式，调整为以质量为核心的价值支付模式，既尊重医疗机构费用趋势客观规律，又充分体现医疗机构管理水平，将质量评价与总额付费深度融合，倒逼医疗机构提质增效，催生其向内部管理发力，实现医保基金的战略购买价值。

（一）立足数据，精准预测，医疗资源分配更加合理

BJ-GBI 数学模型改变了以往基于上年度数据按级别统一匹配指标增速的“一刀切”模式，充分利用医保大数据优势，充分尊重医疗机构个性化特征和自身定位情况，设定“一院一测”模式。从 2021 年 BJ-GBI 运行情况来看，职工医保全市指标使用率为 99.0%，整体平稳略有结余。总额预算指标预测更加科学精准，从机制上避免了因总额控制导致医疗机构推诿患者、降低服务质量等情况，充分体现了医保支付管理目标由“总额控制”向“合理分配资源”转移。

不同发展期医疗机构差异化趋势预测增速



（二）围绕质量，量化评价，战略购买价值更加凸显

一是价值导向作用更加明显。新模式的建立，将抗菌药物使用强度（DDD_s）、医保诚信记录积分等多种体现医疗服务质量和医保综合管理的指标纳入总额预算管理质量评价体系，充分体现了提质增效的价值导向。二是医保支付杠杆作用更加有力。对开展按疾病诊断相关分组（DRG）付费的医疗机构进行病案质量评分，对开展药品集采的医疗机构进行药品集采完成情况考核评分，借助医保支付的杠杆作用，加速推进重点任务改革。三是激励约束机制更加凸显。2021年实行BJ-GBI模式确定总额预付年终清算额后，约62%的医疗机构实现总额盈余，盈余医疗机构数占比提高4个百分点，通过质量考核确定总额预付年终结算额，让管理质量差造成超支的医疗机构无利可图，因管理质量好产生结余的医疗机构真正兑现医疗服务价值，真正发挥了医保基金战略购买和经济杠杆作用。

2021年质量核定系数对比情况

医保基金申报规模前10名			质量核定系数排名后10名		
排名	医疗机构	质量核定系数	排名	医疗机构	质量核定系数
1	A 医院	1.0160	-1	K 医院	0.8280
2	B 医院	1.0704	-2	L 皮肤病医院	0.8545
3	C 医院	1.0425	-3	M 医院	0.8594
4	D 医院	0.9974	-4	N 医院	0.8681
5	E 医院	0.9959	-5	O 医院	0.8730
6	F 医院	1.0222	-6	P 中医肿瘤医院	0.8767
7	G 医院	1.0022	-7	Q 中西医结合医院	0.8879
8	H 中医医院	1.0293	-8	R 眼耳鼻喉医院	0.8900
9	I 医院	1.0069	-9	S 中西医结合医院	0.8905
10	J 医院	1.0229	-10	T 口腔医院	0.8923

（三）三医联动，合力推进，医保基金使用效能大幅跃升

BJ-GBI 质量评价体系具有较强的开放性，可以根据医保管理实际及时调整质量评价指标，精准对接医保政策并纳入考核数据，形成政策联动，释放 1+1>2 的叠加效应。一是稳步助力药品集中带量采购。

将药品集采考核评分纳入 BJ-GBI 质量评价体系实现政策联动，不因药品集采降价而降低 BJ-GBI 总额指标，保障政策平稳落地，实现医保患三方共赢。二是协同推进 CHS-DRG 付费改革。BJ-GBI 按 DRG 付费结算情况纳入总额预算指标额，病案质量评分指标的考核促进开展 DRG 付费的医疗机构结算数据更加规范，助推 DRG 付费改革顺利实施，进而推进总额预算管理更加优质高效。

发展出题目，改革做文章。下一步，北京将努力提高预测模型的智能性和自适应性，通过精准的费用趋势预测和客观的质量评价打出最优解，打造首都医保总额管理金名片。为全国医保管理提供可推广、可复制的总额预算管理新模式，促进医疗保障事业高质量发展。

DIP 付费方式结出“明白账”

江苏省淮安市社会医疗保险基金管理中心

如何使医保支付更加公开透明？淮安改革创新支付环境，实施 DIP 支付改革，有效加强了医保与医院的信息对称，并对各类病种统一认定标准，提高了定点医院的参与度和认同感，形成了共赢局面。DIP 结算管理平台，充分加强了高效动态的公示反馈功能的开发，及时将清单问题、违规单据、月结算结果和清算结算公示给医院，在制度设计及制度运行各个阶段都实现了医保与医院的互动，使定点医疗机构能更好地参与到 DIP 支付改革中，充分发挥其临床专业作用，使淮安市 DIP 支付改革能更快速地深化、推行，做到明明白白结算。

一、制度设计更加科学，分组定价更加精准

影响分组定价失真的典型业务环节是监控历史费用数据，将临床行为过程监控手段用于历史费用数据监控，滤除按项目付费历史条件下出院病例费用包含的过度诊疗和诊断失真水分，精准获得真实病种例均费用，方能确保分组和分值正确测算结果正确。

在此阶段，分组和分值测算完成后，由医保中心公示给各个定点医疗机构，定点医疗机构参与 DIP 目录初稿的讨论及提出调整意见，最终形成可执行的 DIP 目录。根据医院的医保等级不同，制定不同的基础系数，做到了全市统一的标准。同时，利用大数据的分析方法，对专科病种、专科医院等特殊病例相关数据进行测算分析，运用医疗绩效指标设置医疗机构浮动系数等系列措施，结合淮安多年按病种分值付费的实践经验，运用综合分值系数合理引导医疗机构的价值医疗行为，促进分级诊疗和医疗机构的高质量发展，体现了支付方式对价值医疗的行为引导功能。

二、制度运行更加平衡，支付结算更加准确

将精细化诊疗监管引入 DIP 结算关键业务环节，实现有效地结算

事前、事中监管，通过结算的环节质量管理，甄别查堵违规行为导致结算失真，确保基金支付正确。

清单质控阶段，DIP 结算管理平台（以下简称平台）根据清单质控规则对医疗机构上传的清单进行质控，医疗机构根据提示信息，对清单内容进行调整，最终将诊断和治疗信息严重错误、对入组有影响的问题全部修改掉；入组筛查阶段，平台对每条单据进行逐一的审核：一是违规筛查，对每一类病种违规进行可疑度的提示，对项目违规也给出违规依据，医保中心将疑似违规的单据推送给定点医疗机构，定点医疗机构结合实际情况，或承认，或“举证申辩”，医保中心专家分别进行初审、复审，并将审核结果公布给医疗机构，最终根据双方达成的公示，决定哪些单据进入到最终的结算；二是特例单议，对于费用极高病例，系统筛出后公布给医院进行特例单议处理，也是由医院上传相关证据，并在由全市各定点机构组成的专家库中抽选专家进行特例单议评审和最终结果公示，认定哪些单据作为特例单议。

三、医保与定点机构信息共享，结算环境更加和谐

除了以上的 DIP 三级目录、清单质控情况、违规公示与反馈、特例单议公示与反馈，医保中心还共享了月度预结算信息、年终清算信息、绩效考核结果给医院。根据以上这些共享信息，不仅敦促医院尽快实现诊断编码和手术操作编码的贯标，规范了病案信息、清单信息的填写，而且还可以精准定位、精确画像、量化衡量违规诊疗行为因而可精细化监管医疗服务过程或环节质量，简而言之就是医院知道自己病种的盈亏点以及引起盈亏的原因并通过解决这些问题，提升医院管理水平。

四、实施成效更加明显，支付改革更加透明

一是医院管理更加正规。DIP 改革后，促进了医院诊断编码和手术编码的贯标，提高医院的入组率。医院医疗数据质量有所提高，由于智能化质控的设置，对诊断和治疗方式编码严重不匹配的病例，系统判断后先反馈医院，修改合格后再入组，明显提高了病例入组准确

率。二级以上医院的入组合格率已从初期的 78%，提高到现在的 92%。

二是医保监管更加严密。在 DIP 支付制度运行过程中，医保机构继续使用基于大数据的智能监控手段，识别拦截可疑违规单据，避免医保基金损失。同时用诊疗规范图谱与大数据不断磨合，运化成更符合真实世界的临床诊疗行为，促进医疗机构的诊疗行为的合规合理因病施治，达到医保基金合理支付的目的。智能监管子系统对区域内单据的全量筛查，代替了人工抽检，全面覆盖需要结算的单据，同时使用基于知识库的分类和筛查模型将复杂的住院类型进行分类，提高了工作效率和工作质量，也促进了医疗机构诊疗行为的合理合规性。

三是费用结算更加高效。DIP 系统一体化的结算流程实现了线上全流程的结算，从清单的上报到基金的决算，打破了线下申报的传统模式，使得医保、医院双方的工作更加简洁高效实时协同。同时，考核评价子系统使用智能化的考核方案进行绩效考核与评价，月度考核与年度考核相结合，专科医院与综合医院分级别考核相结合，并能灵活制定考核方案，可按需得到考核结论，引导 DIP 支付制度下医疗行为趋向合理化，保障参保人得到合理施治。

金华市探索门诊“APG 点数法”付费改革 实现医保基金使用提质增效

浙江省金华市医疗保障中心（金华市医保大数据检测和反欺诈中心）

一、基本情况

《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》提出要建立管用高效的医保支付机制，推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。金华市自 2016 年 7 月起对住院医疗服务按“病组(DRG)点数法”付费，有效推进了医保精细化管理。但门诊医保支付仍采用按项目结算方式，加之住院付费改革影响，门诊医保基金支出增长率达 20%，亟须启动门诊付费改革，形成医保住院、门诊付费闭环管理，提高基金使用效率，让医保基金更好惠及百姓。

二、主要做法

金华市在全域推行医保门诊按人头包干结合 APG（门诊病例分组）点数法付费改革，通过多类型人头精准包干助推健康管理，实现医保基金长效平衡。

（一）推行门诊总额预算，实现基金支出可控

1.建立总额预算管理机制。按照“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，由医保、卫生健康、财政协商确定门诊医保基金年度支出增长率。根据基金支出增长率和上年门诊医保基金实际（决算）支出总额，确定当年门诊统筹基金总额预算。总额预算包含异地就医门诊医疗费用，有效促进医疗机构提升医疗服务及管理水平，提高患者本地就医率。

2.建立“结余留用、超支分担”激励约束机制。统筹区门诊医保基金决算总额年度结余或超支，由医疗机构和医保基金按一定比例分担或留用。当前，医疗机构留用或分担比例设置为 95%，即医保基金决算总额结余部分的 95%由各医疗机构按点数比例分享超额收益，反

之医疗机构按 95%比例承担损失。

3.建立总额预算调整机制。因政策变动、疾病暴发等客观因素导致当年统筹基金支出发生重大变动的，总额预算予以合理调整。

（二）实施人头包干管理，构建合理就医格局

1.科学确定人头基金。根据参保人员门诊就医历史平均医保费用及性别、年龄、健康等因素，运用大数据分析，按门诊类型（普通门诊、慢性病种、特殊病种）、人群分类测算人头平均医保费用，再乘以参保人普通门诊、慢性门诊、特殊门诊对应的报销比例，计算得到每个参保人各类门诊基金人头额度权重（按周期动态迭代）。每年根据测定人头额度权重将当前预算基金进行分配，最终确定每个参保人的人头基金。

2.分类划分包干类型。签约人员普通门诊、慢性病种门诊人头额度包干给签约医疗机构统筹使用，签约人员在签约机构以外发生费用，从人头基金中列支，年终包干基金结余部分由医疗机构留用，超支部分由医疗机构自行承担；未签约人员全部门诊类型人头额度、签约人员特殊病种门诊人头基金，不包干给医疗机构或药店，所有医药机构统筹使用。

3.建立包干类型动态调整机制。根据签约医疗机构医疗服务能力提升情况，逐步调整门诊包干类型。当基层医疗机构能承接特殊病种门诊医疗服务时，将签约人员特殊病种门诊人头额度包干给签约医疗机构（医共体）管理，从而推动签约医疗机构（医共体）进行特殊病种门诊健康管理。

（三）制定分组标准，实现点数计量支付

1.科学进行 APG 分组。根据临床过程、资源消耗相似程度，结合实际并综合考虑急诊、长处方、儿科、国家谈判药等情况，制定了六项分组原则，并在此基础上将全市历史门诊病例 1.07 亿例，运用 APG 分组技术，建立了金华版门诊病例分组器系统，按照主要手术，主要诊断，重要检查检验、高值耗材、国家谈判药等，分为手术操作

APG、诊断 APG、辅助 APG 三类，形成 2092 个细分组。

2.合理测算病组医保支付标准。对诊断 APG 按打包均费支付（中药按帖打包支付），手术操作 APG 按主要手术打包均费支付，辅助 APG 按打包均费支付或项目支付，并对次要诊断和手术进行叠加支付。实行同级别医疗机构同价，按医疗机构级别合理确定差异系数，由此形成医保、医院、参保人员三方认同的支付标准。

3.按点数支付医保基金。签约人员特殊病种门诊和未签约人员所有门诊人头基金额度预算总额统筹使用，不细分到各医药机构，通过 APG 点数计量各医药机构服务量，按“点数法”支付基金。具体门诊病例点数为该病例分入手术操作 APG（诊断 APG）、辅助 APG 点数之和。

（四）健全智管体系，确保基金合理使用

1.强化智能监管平台应用。以医保智能监控国家示范点建设为契机，不断完善医疗服务事前提示、事中警示、事后处理分析全过程监控，有效规范医疗机构医疗服务行为。

2.建立六部门联动监管机制。与公安、卫生健康、市场监管、中级人民法院、人民检察院等部门建立医保基金联动监管工作机制，构建医保基金“大监管”工作格局。通过建立健全联席会议制度、案件会商制度、日常工作联系制度，加快构建部门间信息互通、结果互认、力量叠加的监管格局，不断提升医疗保障基金监管水平。

3.探索开展健康评估指数运用。在综合智能监管、医疗服务质量、医院控费实效、群众满意度情况等因素基础上，积极探索以参保人健康评估指数高低为导向的医保支付激励机制，促进紧密型医疗联合体（医共体）将优质医疗资源优势赋能基层医疗机构，更好地发挥家庭医生健康和基金守门人作用。

三、主要成效

（一）门诊医保基金支出增长控制在合理范围。通过科学预算年度门诊医保基金支出总额，强化预算执行刚度，医保基金支出增长得

到合理控制。金华市区 2021 年门诊医保基金支出增长率下降至 6.5% 左右，预计仅金华市区就可减少医保基金支出 8880 万元。

（二）有效促进基层签约服务和健康管理。通过改革，促进基层医疗机构专注家庭医生签约服务，提升精细化管理水平。2021 年全市户籍人口签约率为 47.01%，较 2020 年提高 2.97 个百分点，重点人群家庭医生签约率达 90.37%，较 2020 年提高 2.6 个百分点。

（三）有效提升医疗机构精细化管理水平。医药机构将 APG 作为内部精细化管理工具，在规范门诊病历书写、结算数据上传等方面起到积极有效作用。同时，有效激发医疗机构主动控制成本和费用内生动力，从源头上减轻参保人医疗费用负担，2021 年，金华 71.43% 以上签约机构实现包干基金结余留用，51.85% 医疗机构实现基金结余留用。

山东省：精心谋划抓落实 积极探索开新局

山东省推进 DRG/DIP 付费改革走深走实

山东省医疗保险事务中心

山东省医保系统坚持以党的二十大精神为指引，认真学习贯彻习近平总书记关于医疗保障工作的重要讲话论述和重要指示批示，积极落实国家 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划部署要求，以确保医保基金平稳高效运行、促进医疗卫生资源合理配置、为参保人员购买优质高效的医药服务为目标，主动担当、积极作为，细化管理措施、强化审核结算、注重宣传培训、加强大数据应用、探索开展省内异地按 DRG/DIP 付费，积极释放改革红利，推动实现“医保患”三方共赢。

一、基本情况

山东省有 18 个统筹区，常住人口 10169.99 万人；2021 年住院 1606.3 万人次，其中本地就医 1471.8 万人次，异地就医 134.5 万人次；年住院医保基金支出 1021 亿，其中本地就医支出 868.8 亿，异地就医支出 152.2 亿；住院定点医疗机构 4104 家，符合 DRG/DIP 付费条件的医疗机构 3600 家。

山东省大力推进支付方式改革，青岛市于 2019 年 5 月率先纳入 DRG 付费国家试点，济南等 8 市和省本级于 2019 年 9 月纳入 DRG 付费省级试点，淄博等 7 市和胜利油田于 2020 年 10 月纳入 DIP 付费国家试点。各市均于 2021 年年底前实现实际付费，圆满完成国家和省级试点任务。

二、精心谋划，扎实有效推进各项工作

（一）完善经办规程，指导实际付费。制定全省统一 DRG/DIP 经办规程，指导各市落实国家及省 DRG/DIP 付费技术标准和经办流程。以国家经办规程为基础，在区域总额管理、基金预算管理、经办工作协同、数据质量评价机制、医疗机构系数管理、同城同病同价、

支付结算体系、审核稽核、运行监测等方面进行补充完善，使经办规程更贴合实际、更具指导性。

（二）强化审核结算，维护基金安全。一是健全预付周转金制度，预拨付一定比例的资金，用于缓解医疗机构垫资压力。二是完善支付结算体系，DRG/DIP 病例费用，实行“月度预结算，年终清算”，贯通 DRG/DIP 分组系统与医保业务系统，实现结算流程全程线上进行。三是注重协商谈判。对费用极值病例、“结余留用合理超支分担”、新药新技术补偿等，加强与医疗机构协商谈判、妥善处理争议问题，充分尊重医疗技术劳务价值。

扎实做好费用审核，充分认识 DRG/DIP 付费对医疗服务行为带来的新变化、新特点，重点审核申报数据不实、高套分组、分解住院、转移住院费用、服务不足、推诿重患等违规行为。制定全省《医保费用审核经办规程》，加强大数据分析，提高 DRG/DIP 审核的靶向性。加快推进 DRG/DIP 费用审核由人工抽单式向智能审核全覆盖转变，持续完善 DRG/DIP 智能审核规则库知识库 4.3 万余条。

（三）注重宣传培训，提升专业能力。积极向党委政府汇报 DRG/DIP 付费工作，在社会媒体广泛宣传改革成效。省委今日信息采用 DRG/DIP 付费稿件 2 篇，报道“DRG/DIP 改变过去‘照单付费’为‘打包付费’，可有效降低住院医疗费用”。省委深改办报道“烟台市深化 DRG 支付方式改革推动‘医保患’互利共赢。”央视等各大媒体报道“青岛西海岸新区中心医院改革医保支付方式，减轻就医负担。”

省级层面申请专项经费 80 万元，在全省建立巡回指导机制，依托国家级专家、各市业务骨干等，对 16 市 DRG/DIP 工作进行调研，有针对性地开展培训指导。各市组织“付费论坛”“业务能力提升行动”等各类培训 100 余场次，初步打造了一支 DRG/DIP 骨干人才队伍。

（四）加强数据分析，助力医保决策。深度挖掘医保数据价值，加强区块链等大数据手段在医疗保障业务、决策、服务中的应用。使用 CHS-DRG1.1 版本分组器建立标准化数据模型，使医保大数据可分

析、可阅读，以 2021 年全省约 1000 万份医疗数据为基础，探索开展医疗机构医保基金使用效能评价、省内异地与本地就医费用差异、同城同病同价效能研究等方面分析。

三、措施得力，付费改革工作取得实效

（一）“四个全覆盖”进展顺利。坚持走在改革前列，比国家要求提前 3 年实现统筹地区和病种全覆盖。机构覆盖和基金覆盖推进顺利，全省已开展 DRG/DIP 付费医疗机构数 1497 家，2022 年计划开展 1643 家，预计 2022 年底全省 DRG/DIP 机构覆盖率将达到 87%，基金覆盖率将达到 80%。

（二）医保基金使用绩效明显提升。一是“医保患”共赢局面初步显现。通过年度区域总额预算管理，住院医保基金过快增长势头得到有效控制；次均住院费用同比下降 1.2%，次均个人负担费用同比下降 3.80%；医疗机构由以收入为中心向以成本为中心转变，主动控制成本意识增强，青岛、烟台、威海、德州、聊城、滨州等市兑付结余留用医保基金 2.6 亿元。二是医保支付杠杆作用逐步显现。威海、德州等市积极探索开展“同城同病同价”，基层医疗机构住院人次增长 14.3%，医疗服务资源有序下沉，医保在医改中的基础性作用逐步发挥。三是审核结算初有成效。组织开展医保基金结算清单编码质量专项提升行动，编制《山东省医疗数据编码质量评价报告（2021 年）》引导医疗机构加强数据质控，清单数据上传率 96.8%、准确率 96.0%。烟台、日照、青岛、济南、东营等市加强 DRG/DIP 费用审核，确定违规病例 3709 份，扣除违规费用 4800 万余元，在一定程度上遏制了医疗机构冲权重（分值）、冲人头等违规势头，有力规范了诊疗行为。

（三）医疗机构高质量协同发展。坚持“示范先行”，充分调动医疗机构参与改革的积极性。青岛大学附属医院、东营市人民医院等医院积极争创 DRG/DIP 付费标杆医院，加强内部运营管理、医保服务更加高效便捷。一是服务能力提升。CMI 值、四级手术占比逐步提升，大型三级综合医院诊治疑难杂症的功能定位更加明确，高质量发展趋

势进一步显现；二是服务效率提高。参保人住院期间核磁共振、CT等大型检验检查等待时间缩短0.48天，平均住院日缩短0.51天，院前等待时间缩短1.01天；三是参保群众负担减轻。费用消耗指数逐步下降，次均住院费用降低3.39%，个人负担率降低4.43个百分点，个人年减负可达5518.8万元。四是医护人员得实惠。医疗机构结余留用医保基金4900余万元，主要用于医护人员绩效奖励，并向优秀团队和临床一线倾斜，医护人员拥护改革积极性高涨。

（四）探索创新，开展省内异地就医按DRG/DIP付费。针对省内异地就医费用增长过快，病种结构、费用结构不合理等问题，在全省层面探索开展省内异地就医按就医地DRG/DIP付费，并在审核监管、考核评价等方面压实就医地管理责任。制定出台《省内异地就医按DRG/DIP付费经办管理规程（试行）》，全省统一开展系统升级、数据采集、模拟测算、付费标准确定等工作。从2022年11月起，各市选择异地病例流入病例较为集中的医疗机构分批开展，实行省内异地就医住院费用按就医地DRG/DIP付费。定期开展运行监测分析，及时总结经验，不断优化完善配套管理措施，稳妥扩大医疗机构覆盖范围。

以 DRG 为抓手 破解医保支付难题

湖北省武汉市医疗保险中心

医保支付是医疗保障领域的难题，医保支付方式改革历来是群众关注的重点和热点。自 2019 年以来，武汉市紧紧抓住 DRG 付费国家试点契机，以 DRG 付费改革为抓手，通过夯实基础、完善制度、建设系统、健全机制，打造了以信息平台支撑、支付标准明确、结算流程规范、协商谈判调整、考核监管完善为特点的“武汉特色”drg 付费体系，于 2021 年实现了 DRG 实际付费医疗机构全覆盖，取得了初步成效。

一、抓住试点契机，营造 DRG 付费良好氛围

医保支付方式改革是保障人民群众获得优质医药服务、提高医保基金使用效率的关键环节，是深化医疗保障改革、推动医保高质量发展的必然要求。武汉市医疗、生育保险参保人数 1356 万人，定点医药机构约 7500 家，其中近 3000 家为定点医疗机构。自 2014 年起，武汉市实行总额预算下的定额付费、项目付费、单病种付费、床日结算相结合的复合式付费制度，到 2019 年，三级医疗机构的住院统筹支付费用占全市 95%，迫切需要改革医保支付方式，引导患者分层就医。2019 年，国家医保局启动了 DRG 付费改革，武汉市利用这难得的机会，纳入全国 30 个城市 DRG 付费国家试点城市之一。在国家、省医保局的指导与大力支持下，全体医保人抓住试点契机，统一思想，提高站位，克服新冠疫情影响，广泛宣传、层层动员、狠抓基础，营造了医保部门全力推进、医疗机构全方位配合、参保群众全面拥护的 DRG 付费良好氛围。通过 4 年来的运行，实现了各方参与度认同感、医保经办精细化管理水平、医疗机构规范诊疗服务全面提升，提前完成医疗保障“十四五”规划和国家 DRG/DIP 付费三年计划的部分目标，从源头上守住了“百姓救命钱”，初步形成了医保、医院、患者“三方

共赢”的改革格局。

二、做实“五个三”工程，夯实 DRG 付费基础

一是筑牢“三基础”。组建含综合协调、政策制度、技术数据、培训督导和信息化建设 5 个小组的 DRG 工作专班，成立医保、卫健、高校、专业学会组成的专家组和督导组，筑牢组织基础；通过新闻媒体和网站多种渠道政策宣传与成效介绍，定期发布 DRG 简报与工作动态，筑牢环境基础；线上线下授课、现场培训指导相结合，分层次分专题培训各级医保经办机构、定点医疗机构 5.4 万余人次，筑牢实施基础。二是着力“三要素”。DRG 分组根据国家 CHS-DRG 对逾 750 万条历史病案首页数据、逾 390 万条医保结算明细数据清理测算及经专家协商论证，形成“660”武汉版细分组方案；权重根据资源消耗结构、诊治难易程度、病情危险程度等动态调整；费率实行浮动费率。三是强化“三管理”。制发 DRG 细分组方案、DRG 付费实施方案和 DRG 经办规程等核心文件，制定 DRG 付费审核结算规程，形成制度体系；实行区域总额预算管理，将 DRG 付费为主的多元复合式医保支付方式改革明确到医疗机构签定协议中，强化协议管理；制定 DRG 付费考核评价办法，建立 7 大类 31 个指标的 DRG 付费考核评价系统，明确考核管理。四是建设“三平台”。建设由数据质控、结算支付、监管考核 3 个平台构成的 DRG 付费信息系统，实现与医疗机构的实时交互、即时反馈，构建了数据采集质控、病例分组、支付结算、监督审核、绩效评估、考核评价全方位、全流程的精细化管理模式。五是建立“三机制”。建立清单质控反馈机制，持续开展数据采集及质控反馈通报，目前结算清单上传率超过 97%，质控通过率达 98%；建立运行监测机制，定期对全市 DRG 付费分组效能、结算支付、医疗机构运行等进行分析评估与考核，考核结果与诚信等级评定、服务协议续签、质量保障金兑付等挂钩；建立沟通协商机制，在付费方案制定、权重论证、精神床日结算及日间手术等新技术新业务支付论证、中医专科及新生儿费用结算论证等的过程中，医保部门与卫健、财政等行

政部门之间，经办机构和试点医疗机构之间，相关领域专家之间实现充分沟通协商，体现了我市 DRG 付费改革的开放性、透明性、科学性。

三、多方齐抓共管，DRG 付费成效明显

武汉市积极顺应国家 DRG 付费改革的战略部署，努力贯彻共治共享的治理理念，实现了全部统筹区、全部住院服务医疗机构、全部住院医疗费用、全部 660 个 DRG 病组按 DRG 付费“四个全覆盖”，形成了医、保、患齐抓共管的良好局面。我市的 DRG 付费改革工作得到了国家医保局的充分肯定，改革经验在全国推广。经国家 DRG 技术指导组专家评估，我市医保支付模拟运行条件在 30 个国家试点城市中排名第一，国家医保局组织的交叉评估评为优秀，被确定为“全国 DRG 付费示范点城市”。2020 年国家医保局选择武汉召开了“DRG 付费国家试点城市支付改革论坛”。2021 年在第一届中国 CHS-DRG/DIP 付费大会上，武汉受邀向全国分享医保支付改革经验。

一是医保经办部门管理效率与治理水平明显提高。通过实施 DRG 付费改革，大大提高了全市医保数据标准化，提升了医保经办数据决策管理水平，形成了对医保基金支付的常态化监测监管，提升了医保基金的使用效能。2020 年按 DRG 付费医保基金支出占住院统筹基金支付比例达到 96%，2019 年的改革第一年就实现了职工医保统筹基金 9 年来首次当期平衡，2020 年实现略有结余。住院率由 2019 年的 21.28% 下降到 2021 年的 17%，住院率过高问题明显改善；2021 年全市月度 DRG 基金支付率逐步提高，基金使用效能不断提升。

二是医疗机构管理水平和服务质量明显增强。DRG 付费改革引导各医疗机构提升自身运行管理水平，发展理念从规模扩张转向提质增效，主动调整收治病种结构，全市 0.5 以下低权重疾病收治比例从 2020 年的 31.45% 降低至 2021 年 24.24%；发展模式从注重增量转向主动控制成本。如武汉大学中南医院推进 DRG 下的临床路径，开展成本核算、绩效考核，医保、医政、药学等部门联动调整收入结构，

为体现劳务价值腾出空间；运营模式从粗放管理转向精细化管理，更加重视信息化与标准化建设、临床路径和诊疗规范管理、病案质量及绩效管理，鼓励临床科室提高效率，发展优势学科。如湖北省人民医院根据自身定位专门设立奖励资金，支持和奖励临床开展新技术、新项目，以及收治体现学科优势/特色的 DRG 病组。

三是参保患者就医体验感和获得感明显提升。2021 年在全市 CMI 提升 6%的情况下，参保患者住院均次费用降低 6.32%，其中三级医疗机构降低 9.15%。DRG 付费促成全市医疗机构“同病同治同价”，在保障群众就医服务可及性的同时，更好地体现了公平性和均等化。基于规范的临床路径管理的 DRG 付费，还保障了参保患者医疗质量安全，促进了医生改变诊疗习惯、处方习惯，减少了过度诊疗和不合理支出，使患者花适当的费用就能治好病，群众获得感增强，就医满意度不断提升。

创新经办体制 促进提质增效

——邵阳市医保经办“四位一体”做法

湖南省邵阳市医疗保障事务中心

邵阳市地处湖南省偏西南，市域面积 2.1 万平方公里，下辖 12 个县市区和一个国家级经开区，常住人口 654 万，2022 年全市参保人数 661 万，基金实行市级统筹，年度基金总规模约 75 亿元，累计结余约 30 亿元。从今年 3 月 1 日起，我市推行定点医药机构“四位一体”管理模式，即统筹区内一家经办机构按照属地原则，对医药机构进行“定点管理、监管审核、年度考核、日常结算”，有效改变过去全市定点医药机构“多头定点、多头监管、多头考核、多头结算”的经办难题，医保待遇更公平，协议管理更合理，医保结算更快捷，基金监管更精准，有效提升了参保群众的获得感、医药机构满意度、医保经办效能以及基金安全性。今年 8 月，我市在全国医疗保障经办管理集中研讨会上做典型推介，得到国家医保局、国家医保中心的充分肯定。

一、“四位一体”实施背景

由于过去统筹层次低的原因，我市的医药机构管理一直为多头管理模式，市辖区内每家医药机构如为不同县市区的患者提供诊疗、购药服务，首先需申请成为该县市区的定点医药机构，结算时需要赴多地现场结算。2022 年初，为加强全市医保基金的统一管理，提升医保经办服务效率，经过前期充分调研及论证，我市出台了《邵阳市医疗保障局〈关于印发全市定点医药机构定点、监管、考核、结算“四位一体”管理方案〉的通知》。

二、“四位一体”主要做法

（一）遵循“属地为主、分级管理”原则，解决多头定点的难题。我市明确了县市区医保部门原则上负责本辖区范围内定点医药机构的定点工作，全市范围内的医药机构原则上只由一个经办机构负责定

点，其它各县市区医保部门对原来已经定点和新定点的结果互认，全市范围内的参保人员到所有县市区的定点医药机构都可以进行住院治疗、门诊就医购药。市城区范围内的现有定点医药机构按医院等级、规模、属地等进行定点管理划分，市本级只负责 24 家医疗机构、150 家零售药店的管理，其余三分之二全部下放各县市区。这一举措既打破了医保待遇享受的壁垒，为全市各县区参保群众提供了畅通、便捷的跨县区就医购药“绿色通道”，又提高了医药机构定点的便捷度。

（二）遵循“权责一致、市县协同”原则，解决多头监管的难题。进一步明确签订服务协议的医保经办机构和同级医保行政部门承担对该医药机构监管、考核责任。市局统筹、县市区配合，共同解决定点医药机构服务和管理中的各种问题。这一举措实现医保和医药机构双赢，各医保部门只需按统一标准管好本辖区范围内定点医药机构产生的所有医保业务，医药机构也只需按统一的标准为参保人员提供优质服务。

（三）遵循“一本协议、一次结算”原则，解决多头结算的难题。全市范围内，一家定点医药机构原则上只与一个医保部门签订一份医保服务协议，进行一次结算。这一举措改变了过去定点医药机构要和多个医保部门签订多份协议、到多地医保部门进行多次结算的局面，真正意义上实现了医药机构少跑腿，结算数据多跑路。

（四）遵循“便民利民、精简高效”原则，解决多头跑路的难题。医药机构提升管理效能，并明确所有定点医药机构不得要求参保患者垫资就医，再回参保地报账。这一举措既让参保群众办事更便捷，又从根本上解决了参保人员垫资就医、跑腿报账的大问题，有效提升了经办机构的服务水平和群众的满意度。

三、“四位一体”主要成效

（一）医保待遇更公平。“四位一体”管理，打通了政策壁垒，严把政策关口，取消了参保人在市内不同统筹区就医的待遇差别，老百姓政策咨询更方便，市内就医更便捷、心里更有底。据统计，“四位

一体”管理以来，我市统一了县市区医保政策共计 20 余项。

（二）协议管理更高效。“四位一体”管理后，原来一家医药机构如果为市本级及九县三区的参保人提供服务，需向市内十三家（市本级及九县三区）经办机构分别申请定点业务，“四位一体化”管理后，新增的定点医药机构只需向本医药机构所在的辖区经办机构申请定点业务，申请通过后即可为市本级及九县三区的参保人服务。据统计，“四位一体化”管理实施以来，全市医药机构新申请定点的次数减少了 44%。原来市内一家医药机构每年需与市内三四家甚至更多的经办机构签订协议，现在一家医药机构只需与该医药机构所在的辖区经办机构签订协议，大大方便了各定点医药机构，经办机构对各医药机构的管理也更高效。

（三）医保结算更快捷。全市定点医药机构只与签订协议的一家经办机构进行结算，市级医保部门再对全市范围内各县市区的医保费用进行全面清算和账务平衡处理。整合了医保经办和医院管理资源，大大提高了医保医疗共同管理的便捷度，结算方式更便捷。结算更及时，全市按月结算，减少医院资金的滞留（原来各医疗机构三个月去县市区结算一次，导致医院资金滞留），保证了各医药机构的正常运营。市内定点医药机构全面实行一站式联网结算，参保人市内就医结算更便捷，“四位一体化”管理以来，患者市内就医直接结算率提高了 55%。

（四）基金监管更精准。市县医保部门对与其签订协议的医药机构所发生的所有医保费用进行费用审核和日常监管，确保年内稽核和监管覆盖率达到 100%。各县市区医保部门按照市医保部门制定的统一的年度考核办法对责任范围内的协议医药机构开展年度考核，考核结果影响预留金的返还及下年度协议的签订。这样一来既统一了监管考核标准，又通过监管权限的划分，厘清了监管职责，压实了监管责任，提高了医保部门的监管效能，规范了医药机构的行为。

“试点先行、以点带面”探索建立 医保协议管理第三方考核机制

上海市浦东新区医疗保险事务中心

为进一步加强定点医药机构的医保管理工作，浦东新区医保中心于2016年起探索建立定点医药机构第三方考核机制，从社会办医疗机构考核入手，通过政府购买方式委托第三方对区内定点医药机构进行考核，并逐年扩大考核范围，2018年实现区内定点医药机构考核全覆盖，2020年在全覆盖的基础上，将单位内部定点医疗机构纳入考核范围。

浦东医保中心引入第三方开展医疗保险考核工作，是对自身医保管理方式的进一步探索。将第三方评价作为以往内部评价模式的一种补充，弥补传统医保考核模式趋于“形式化”的不足，历时7年，通过“试点先行、以点带面、面动成体”的多维发展，最终构建出“考核程序标准、考核团队专业、考核结果准确、考核成效显著、健康持续发展”的医保考核管理生态，促进中心转变职能，深化简政放权，建设人民满意的服务型医保中心。

一、试点先行，以点带面

（一）明确试点的切入点，完善考核准备工作

制定考核实施方案和考核操作细则，制作考核工作各个具体环节所需的表单，第三方机构聘请医保管理、医政管理、信息管理、财务管理等相关领域的专家组成考核专家库，从制度、流程、人力、细节上准备到位。

（二）紧盯试点的着力点，落实考核培训工作

组织第三方考核专家库成员解读《浦东新区2016年度社会办定点医疗机构医保工作考核表》，掌握考核标准、考核表单的使用和评分规则，明确考核纪律，建设一支“行之规范、精之业务”的考核团队。

（三）抓住试点的关键点，开展现场检查工作

第三方机构从专家库中抽取成员组成现场考核组进入定点医药机构开展现场检查，听取情况汇报，查看医保管理台账、出院病史、门诊处方、发票等相关书面材料，实地查看考核项目，进行现场询问，汇总考核情况和评分，反馈考核意见。考核组汇集相关部门的数据和信息，结合现场检查的结果，确认所有信息，确保考核结果真实准确。

二、全区覆盖，纵深发展

（一）“数量全面”

点状突破，聚线成面。2017年，在总结前期经验的基础上，将委托第三方考核扩大到新区全部公办医疗机构，纳入考核机构68家；2018年覆盖新区所有定点医药机构，纳入考核机构278家；2021年在所有定点医药机构全覆盖的基础上，将47家单位内部定点医疗机构纳入考核范围。

（二）“质量全面”

优化考核协议，善用考核结果。2016年起，医保中心坚持考核方式、细则、指标逐年改进，及时将医保管理的新规定、新情况、新方法纳入协议考核，动态完善考核内容；并将考核结果与医药机构定点服务协议续签、医保预算管理、监督管理相挂钩，“考核什么就得到什么”，考核结果就是一本“显性台账”，是协议续签的重要依据，也是年度预算指标分配和调整、专项监督检查的参考指标。

（三）“整改全面”

实施分类处理，落实协议整改。根据第三方机构现场和中心日常考核发现问题的轻重程度，对机构做出自查整改、约谈、监督部门联动复检等分类处理。存在制度不全、缺少台账、超执业范围等问题，要求定点医药机构考核后开展全面自查自纠，进一步查堵漏洞；存在未开具专用票据、药品加成、药品库存管理混乱等问题，及时约谈定点医药机构限期整改；存在有登记工作量与实际发生工作量不符、不合理治疗、不合理收费等问题，移交监督部门进一步检查，落实处罚。

三、面动成体，精细管理

中心与第三方机构在客观评价定点医药机构服务质量、履约情况的同时，分析定点医药机构存在的共性问题，研究其成因规律，引导定点医药机构内部精细化管理。

一是健全定点医药机构医保管理制度，确保制度有效执行。中心委托第三方机构整理考核中获取的各项指标所有数据、信息和评分资料，召开考核结果分析会议，指导定点医药机构以考核内容和评价标准为导向，完善医保管理制度，有的放矢的推进自身的制度建设和服务建设。例如，某精神病康复医疗机构，结算范围比较单一，精神科患者大多是长期住院的，结算一般要半年一次，结算频率比较少，医保工作量小，所以认为只要做好日常结算和日对账即可，规章制度的建立和台账方面有些缺陷，通过对照医保工作考核表，及时建立了各项规章制度。

二是提高定点医药机构医保管理水平，确保服务提质增效。定点医药机构通过考核报告，认清自身医保管理上的薄弱项目。针对考核得分表的提示，在协议管理、内部管理、结算管理、日对账管理、病案首页管理、信息管理、阳光采购管理、就医管理、监督管理方面加强人力物力、提升业务能力，夯实基础，提质发展。

珠海医保创新推出“六朵云” 打造协议管理新模式

广东省珠海市医疗保障事业管理中心

一、基本情况

根据国家、省医保经办管理服务规范建设的有关要求，珠海市医疗保障事业管理中心始终坚持以人民为中心、让人民满意的发展思路，积极探索、真抓实干，通过加强经办机构规范管理，紧盯群众所需所盼、所急所忧，把“群众小事”当作“民生大事”，做到贴心服务“有温度”，智能经办“有速度”，医保经办管理工作取得了一定成效。其中，在医保协议管理方面，面对持续复杂的疫情防控形势，珠海市医保中心持续深化“放管服”改革，强化科技赋能，充分运用信息技术手段，依托“珠海社保”微信公众号，搭建医保协议管理云服务平台，创新推出珠海医保“六朵云”。进一步提升管好用好医保基金能力，全面提升医保经办服务质量。

二、主要做法及成效

（一）医保定点机构“云申请”。以前医药机构申请纳入医保定点需到中心各办事处前台填写申请表、提交资料审核，再等待现场复审，不仅要跑腿，且费时费力。为此，我中心依托“承诺制”，再造定点机构新纳入流程。现在只要通过“云申请”，即可“零见面”办理医保定点机构纳入申请。医药机构可直接在手机端进行申报，同时清晰了解申请的流程以及现场核验事项，在申报后3个工作日内中心工作人员到机构申报场所现场复审，符合条件待公示后即可签约成为医保定点机构。

主要成效：“云申请”大大提升了医保定点机构申报工作效率。截止目前我市医疗保险定点机构1688家，2022年1月至今已受理我市108家医药机构云申请医保定点。

（二）医保服务协议“云签约”。以前每年医保服务协议的新签、

续签流程繁琐，需分类、分批安排定点机构现场签约，还要指导核验签约人的有效性，周期长、归档难，工作量巨大。即使通过邮寄的方式，也涉及往返快递及分类归档，加上疫情防控对快递管理要求严格，以致耗费大量的经费和人力。现在有了“云签约”，从用户登录、承诺、人脸识别到签署医保服务协议，整个线上签约的四个环节操作用时不到1分钟即可完成，两定协议的签约流程更加高效、快捷、安全性也得到充分保证。

主要成效：医保服务协议“云签”模式是全省首创。2022年1月至今已成功云签约90家新纳入医保定点医药机构，续签医疗机构补充协议578家。

（三）医保医师反欺诈“云承诺”。2021年5月1日，国家《医疗保障基金使用监督管理条例》正式颁布实施，为了更好地宣传贯彻《条例》精神，加强医保医师基金安全意识，我中心进一步推出了医保医师反欺诈承诺书云签模式。该功能上线后，在职在岗的医保医师只需在手机端通过人脸识别验证登录后，即可学习打击医保欺诈骗保政策法规，通过签名操作完成承诺事项，实现反欺诈承诺签订和反欺诈条例精神传达落实到人、宣贯深入人心。

主要成效：截至目前已完成市内9945名医保医师的全覆盖承诺签约。通过高效便捷的承诺签订，有效加强行业自律，营造公平有序、守法经营的医疗环境，切实保障人民群众的健康权益。

（四）医保政策法规“云宣教”。以前的线下集中培训学习难以真正落实到基层的医务人员，且医务人员工作繁忙，很难抽出时间参加培训。为有效解决医保政策宣传工作普遍面临的难题，我中心依托当前流行的社交互动、学习交流载体，搭建起“云宣教”平台，已签约的医保医师和法人代表等定点机构人员可登录“云宣教”平台进行点对点学习。平台设立了“通知公告”“热点问题”“监管宣传”“考试考核”“交流反馈”等板块，随时发布国家、省、市有关医保政策、热点问题、通知公告、典型案例等，各定点机构工作人员可根据实际，合理利用

空闲时间进入平台参加学习，后台还对学习情况进行统计排名，营造了你追我赶的良好学习氛围。

主要成效：通过“云宣教”加强医保政策宣传、加大医保违规欺诈案例曝光及加强医保热点政策答疑互动等方式，引导医药机构工作人员树立合规使用医保基金的意识，有效强化医院医务医保人员对医保政策规定及违规责任的认识，形成人人合规使用医保基金，医保基金安全健康平稳运行的良好态势。

（五）医保云端取药“云处方”。为拓宽参保患者用药购药渠道，更好地满足人民群众用药需求，最大程度方便大病特病患者购药，实现“救命药”“双通道”药品落地，我中心创新推出“云处方”平台，医生开具处方后，参保人打开平台即可看到处方并在线进行联网结算，还可选择药店“到店取药”或“送药到家”，不必东奔西走，足不出户即可实现看病、结算与取药，真正做到“数据多跑路，群众少跑腿”。

主要成效：截至目前已对接 16 家定点医疗机构、285 家定点零售药店，累计结算 43030 单，结算金额达 18255.89 万元。2022 年至今结算 22248 单，结算金额 8768.19 万元。

（六）医保线上查询“云药价”。今年，我中心根据定点医药机构进销存系统上线了“医保药价通”零售药店药价查询服务，通过该功能，医保定点零售药店的药品价格能在掌上一键查询、实时查询，同时通过对医保定点零售药店药品价格的多维度监测、预警，推动药价进一步透明化。

主要成效：目前已连通全市 1075 家医保定点零售药店，覆盖所有在售药品，实现“一键比价”，为参保群众用药“买得到、用得上”提供有力的保障。

宏观谋划 微观落实 客观统筹 走出 DIP 清算新路径

四川省德阳市医疗保障局

德阳市 2020 年被国家医保局确定为全国首批 DIP 支付方式改革试点城市，始终坚定不移按照支付方式改革三年行动计划总体部署，紧紧锚定“争做先进试点样板”工作目标，立足实际制定完善制度办法，一落到底推进改革举措，精打细算激励约束医疗机构，2022 年 5 月 17 日在全省率先完成 DIP 支付年度清算工作，创新探索出了一条德阳经验。

一、基本情况

德阳地处成都平原，基本医保市级统筹，2021 年末参保人数 354.95 万人，参保率 98%。职工医保统筹基金累积结余 55.04 亿元、居民医保基金累积结余 18.55 亿元。

2021 年度德阳市城镇职工基本医疗保险 DIP 清算支付总额为 81145.79 万元，城乡居民医疗保险 DIP 清算支付总额为 147672.52 万元，顺利完成了年度清算工作。

二、主要做法

（一）着眼宏观高位推进，强化支撑体系建设

1.建强领导体系，加强分析研判论证评估。成立书记、局长为双组长的按病种分值付费改革领导小组，建立“定期会商、专家评估、论证研讨、综合决策”的工作流程，定期召开专项会议逐一分析研判，及时解决矛盾困难。组建工作专班系统梳理重难点任务，充分评估政策风险等级、医疗机构运营趋势等现实影响，为领导小组正确决策提供有力支撑。

2.建强协同体系，坚持集智聚力共商共建。着力加强“两组一会”的联动机制建设，成立业务专家组，全程参与本地病种目录库建设优化、病种遴选等工作；组建政策研讨医疗专家组，在付费校正、监管

考核等关键环节，参与论证评审；以专家论证会为平台，充分听取各方意见建议，确保清算工作更加全面准确。

3.建强制度体系，不断完备政策规范管理。以《德阳市基本医疗保险按病种分值付费实施办法》为核心，不断丰富完善“1+N”DIP 付费制度体系，严谨印发 DIP 付费模式下的定点医院考核办法、加强基金监管等一系列配套工作制度，有序规范年度清算规程和进度，确保改革工作在制度框架下顺利推进。

（二）着力微观精准推进，提前实现“四个全覆盖”

1.统一政策步调，实现统筹区内全覆盖。面对各区（市、县）经济社会、医疗资源等基础不一的状况，科学划分阶段任务，阶段性组织 DIP 工作培训，让方法步骤充分被理解吃透。全市统一建立 DIP 政策、病种目录库、病种分值、同险种分值点值和经办流程，指挥统筹各地人力物力整体推进，全覆盖施行。

2.加强督导指导，实现医疗机构全覆盖。针对各医疗机构运营特点，扎实开展指导督查，对病案质量不高等共性问题全面清查，集中协调解决；对存在的个性问题专项分析、有的放矢，有效确保全市 198 家开展普通住院业务的定点医疗机构全覆盖完成年度清算工作。

3.科学建立病种目录库，实现病种全覆盖。认真按照“诊断+治疗”的方式，分别根据病例数据和解剖、病因等共性特征，确定核心病种和综合病种，提高病种分组的科学性、合理性。2021 年度共确定 DIP 本地病种 4166 个，其中核心病种 2957 个，综合病种 1209 个。本次年度清算中，全市定点医疗机构共上传 60 余万条病例，病例入组率达到 99.98%，提前完成国家医保局确定的分三年达到 90%病种覆盖。

4.严格监督考核，实现医保基金全覆盖。坚持“量入为出、以收定支”的原则，分险种制定年度 DIP 预算总额。将 DIP 制度建设、病案质量、次均费用、基金监管等事项纳入协议管理和考核范围，直接与调节金比例、质保金暂扣、月度预付比例等挂钩。2021 年全市城乡居民医保 DIP 清算支出占住院支出的比例为 76.84%，职工为

76.13%，均超过 70%的基金总额预算覆盖率。

（三）着重客观统筹推进，坚持问题导向合理倾斜

1.向中医倾斜。为鼓励支持中医药传承创新发展，首批确定对 19 个中医优势病种结算分值倾斜加成 5%，并在一定条件下，对中医类医院 DIP 调节金分担比例上调 5%。本次清算共有 159 家医疗机构 29314 条病例享受中医优势病例加成，5 家中医类医疗机构享受到 DIP 分担比例上调。

1.向儿科倾斜。针对儿科规模逐渐缩减等现状，明确 0-14 周岁病例结算分值倾斜加成 5%。本次清算共有 172 家医疗机构 52155 条病例享受低龄病例加成，进一步提高医疗机构发展儿科的内生动力。

3.向基层倾斜。为深入推进分级诊疗制度，有机结合历史数据和现实需求，首批遴选 27 个基层病种，对二乙及以下医疗机构收治基层病种的，根据医疗机构等级予以结算分值 1%-3%的加成；对出现超支且考核结果合格的基层医疗机构，DIP 调节金分担比例上调 5%。本次清算共有 62 家二乙及以下医疗机构 131804 条病例享受基层病种结算分值加成，66 家基层医疗机构享受 DIP 分担比例上调。

4.向重点学（专）科倾斜。为促进医疗卫生领域高质量发展，引导支持医疗机构加强重点学（专）科建设，对不同层级重点学（专）科收治病例予以结算分值 0.2%-5%的加成。本次清算共有 52 家医疗机构 162304 条病例享受重点学（专）科加成。

三、取得的成效

年度清算工作完成，标志着 DIP 支付方式改革实现全流程贯通，发挥了医保付费的成本控制和经济激励功能，有力推进医疗卫生领域体制改革的不断深化，实现医保、医院、患者三方互利共赢。

（一）医保基金支出增速得到有效控制。德阳市统筹基金住院支出增长和住院次均费用增长均出现减缓趋势，其中居民医保和职工医保住院费用统筹基金支出增长率分别为 11.18%和 11.51%，与 2019 年相比分别下降 1.55%和 0.27%；居民住院次均费用增长率为 1.33%，

与 2019 年相比下降 3.2%；职工住院次均费用 4 年来首次负增长为 -1.99%，基金支出压力相对减轻。

（二）医疗机构 DIP 转型初见成效。通过清算，全市医疗机构均建立了 DIP 模式下的管理机制体制，绩效管理实现从追求“量”的增长到追求“质”提升。全市 198 家医疗机构中，102 家医疗机构实现了总体结余留用，23 家医疗机构总体收支平衡，良好运营的医疗机构占 63.13%。部分医疗机构虽然在单险种上平均亏损 8.56%，但使用 DIP 调节金超支分担后平均亏损降至 1.99%。实现了既结余奖励积极转型 DIP 的医疗机构，又有效降低部分医疗机构不可持续运营的风险。

（三）“三医联动”改革更加密切协同。有效发挥医保支付杠杆作用，通过差异化支付，有力引导医疗、医药领域深化改革，优化资源配置与管理模式，在降低群众看病就医负担的同时兼顾医疗机构合理利润，促进医疗卫生领域从粗放型发展向质量效益型发展转变。

未来，德阳将始终坚持以 DIP 改革推动医保制度体系改革，聚焦“抓扩面、建机制、打基础、推协同”，从战略高度进一步探索完善以 DIP 为主的多元复合医保支付方式，积极为全国医改工作贡献更多德阳经验。

多形式推进 DIP 支付方式改革

河南省焦作市社会医疗保险中心

按照国家、河南省医疗保障局《DIP 支付方式改革三年行动计划》要求,我们紧紧围绕“抓扩面”“建机制”“打基础”“推协同”四个方面,分阶段、抓重点、阶梯式推进试点工作。

一、基本情况

2020 年 11 月, 我市被国家医保局确定为区域点数法总额预算和按病种分值付费 (DIP) 试点城市。试点工作启动的近两年时间里, 我局在国家、省医保局和 DIP 付费国家试点技术督导组精心指导下, 在各相关部门的通力配合下, 根据国家试点工作统一部署要求, 按照“顶层设计、模拟测试、实施运行”三步走的工作思路, 积极稳妥分类推进试点各阶段各项任务。

二、主要做法

(一) 在扩面上做文章, 积聚合力推动改革全面发展

一是扩大实际付费地区覆盖面。按照“试点先行, 以点带面”的工作思路, 采用“市直+1 区+1 县”的模式, 先选定市直、解放区和温县推行 DIP 支付方式改革, 起到“梳理借鉴、引领示范”效果; 后将六个县(市), 五个城区全部纳入到付费改革当中, 达到“复制成果、全面覆盖”的目的, 最终实现 11 个县(市)区全覆盖, 覆盖率达到 100%。

二是扩大医疗机构覆盖面。采取“5+46+191”的步骤, 推进 DIP 在定点医疗机构落地。第一批选定 5 家三级定点医疗机构先行先试, 第二批 5 家试点医疗机构带全市 46 家二级以上医疗机构开展面对面培训, 今年 1 月, 全市 51 家二级以上定点医疗机构均达到实际付费条件, 第三批用 51 家实际付费医疗机构带 191 家一级医疗机构。

三是扩大住院病种覆盖面。以国家 DIP 技术规范为框架, 在国家 1.0 目录范围内, 我市共形成 3200 个病种(其中, 核心病种 2410 个,

综合病种 790 个)。病种覆盖与国家目录进行对比,比例达 94.44%。

四是扩大基金监管覆盖面。在基金全面监管上做到“六个结合”,即 DIP 监管系统和结算系统相结合、日常稽核与专项稽核相结合、线上稽查与线下稽查相结合、费用审核与稽核检查相结合、常规检查与智能监管相结合、内部审计与社会监督员检查相结合,进一步防范和化解基金风险。

(二) 在机制上做文章, 激发动能彰显有规有矩新格局

一是完善核心要素管理机制。我们根据 DIP 改革中出现的新情况新矛盾,结合本地实际,不断完善各种配套政策和管理机制。合理确定病种分值、区域点值、医疗机构等级系数、基层病种,进一步推动我市分级诊疗制度建设。

二是健全绩效管理与运行监测机制。制定了定点医疗机构考核办法、DIP 监管办法、病案管理办法,建立基金运行分析制度。

三是形成多方评价与争议处理机制。出台谈判政策促顺畅,让医疗机构在 DIP 实际操作过程中苦有地方诉、争议有地方解决,确保改革稳中求进;出台审核政策促提效,建立“两上两下”机制,按照“10+5+7+4+4”DIP 结算流程制度,实现 DIP 月预付结算;建立联动机制促交流,建立二级、一级医院院长群、信息科室群、病案科室群、医保办科室群等 20 余个微信群,方便大家及时交流沟通。

四是建立改革协同推进机制。积极推市级统筹、特病单议和按床日付费政策。以及多部门联动机制,为 DIP 实际付费提供了动力;积极推医共体打包付费,印发了《焦作市医疗保障局关于紧密型县域医共体医疗保障实施方案(试行)的通知》;积极推动中医发展,通过调研与遴选,确定中医优势病种 20 个;积极推药品耗材集中带量采购,建立“双通道”管理机制。

(三) 在基础建设上做文章, 积蓄力量确保改革行稳致远

一是加强专业能力建设。打造市级、县级专家队伍 500 余名;打造病案、质控、医保、信息等骨干队伍 100 余名;打造基础队伍,分

阶段对全市 242 家定点医疗机构边干边培训；打造协商队伍，加强定点医疗机构专家间的集体协商。

二是加强信息系统建设。在省局的指导下，在国新公司的配合下，完成了“五统一”标准设置，即统一信息系统建设、统一数据采集标准、统一测算方法、统一基础代码、统一分组标准，做好了 HIS 系统接口改造等工作，实现与国家平台的对接。

三是加强标准规范建设。共出台《焦作市关于进一步修订全市基本医疗保险定点医药机构考核标准的通知》《焦作市按病种分值付费（DIP）病案首页质量考核办法》《焦作市区域点数法总额预算按病种分值付费经办规程》等 13 项 DIP 配套政策，对 DIP 改革工作起到了规范与指导的作用。

四是加强示范点建设。走出去学先进经验，局长、主管副局长、中心主任、DIP 工作专班人员带领医疗机构外出实地取经，促进我市 DIP 工作的开展；定试点先行先试，选定医院先行先试，把试点建成示范点，为我市 DIP 实际付费全覆盖奠定了基础；多交流共同提升，与各地市交流学习，分享改革体会，探讨解决问题方法；强宣传营造氛围，向国家医疗保障研究院上报 2 篇工作信息，在焦作日报刊登了 2 篇文章，在微信公众号发布 8 篇消息。

（四）在协同上做文章，聚焦效能努力推动 DIP 改革高质量发展

一是编码贯标到位。我们积极组织，使全市各级医疗机构均完成国家 15 项医保信息业务编码工作。

二是信息传输到位。我们抽调 51 家二级以上定点医疗机构信息专家点对点指导，同时邀请国新公司信息专家每月对 DIP 所需的 4101A、4401、4402、4701 四个端口数据传输进行指导，确保数据按时传输到位、梳理到位、校验到位，数据质量到位。

三是病案质控到位。我们定期组织开展病案质量专项督查，组织专家定期对病案质控进行培训，通过培训提升各医院病案首页以及医

保结算清单报送的完整度、合格率、准确性。

四是医院运营管理机制转变到位。出台了《关于进一步修订全市基本医疗保险定点医药机构考核标准的通知（试行）》，通过细化医疗保险服务指标，制定医保综合量化指标，进一步提升定点医药机构的服务水平和服务质量。医疗机构普遍高度重视 DIP 改革工作，把 DIP 改革纳入医院绩效考评管理指标，纷纷出台本院 DIP 改革方案，推动医院运营管理机制根本转变，为促进医院精细化管理、高质量发展发挥了重要作用。

三、发展成效

在 2021 年 7 月、11 月两次国家医保局跨省交叉调研评估中，我市接受了非现场评估，均被评为“优秀”等次。截至目前，我市 242 家一级以上定点医疗机构已全部完成实际付费工作。DIP 试点工作，责任重大，使命光荣，难点也很多，困难也不少，但我们相信，在国家改革创新道路的正确引领下，在市委市政府的坚强领导和大力支持下，在省医保局的悉心帮助和关怀指导下，我局将继续查漏补缺、取长补短，为全省乃至全国提供可复制、可借鉴的 DIP “焦作经验”做出我们应有的贡献。

着力提升服务水平 两定机构结算明明白白

新疆阿克苏地区医疗保障局

阿克苏地区医疗保障局始终坚持贯彻落实国家及自治区两定机构管理相关要求，在强化审核结算，创新基金监管方式，探索两定管理新思路的基础上，积极优化经办服务管理，着力提升服务水平，切实做到两定机构结算明明白白。

一、强化日常监督管理，做到“两定”家底明明白白

阿克苏地区医保局每年定期组织开展“两定”机构专项培训全覆盖活动，着重对最新的医保政策进行宣传讲解、以问卷方式考核学习《医疗保障基金监督管理条例》、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》等，提高两定点从业人员医保政策水平和业务能力。同时，依据协议规定，日常加强对协议履行情况、信息系统维护率、医保电子凭证使用率及单位参加职工医疗保险情况等方面的考核，考核结果与医保费用结算和医保服务协议管理相挂钩，强化日常监督管理。

通过常态化细致有效的管理活动，地区医保局做到明明白白掌握“两定”家底。截止 2022 年 9 月，全地区共有定点医疗机构 183 家，定点药店 754 家，实现了群众“买得到、用得上、能报销”的愿望，病有所医、医有所保已经变成人人享有的基本福利，为人民群众看病就医提供了坚实保障。阿克苏地区医疗保障局对“两定”机构建立起详细台账，形成对“两定”机构日常化规范性动态管理。

二、运用信息化交流手段，促进“两定”机构医保使用明明白白

为提升群众的政策知晓度，阿克苏地区医保局通过“阿克苏医疗保障局”微信公众号、抖音开通“医保小课堂”、发布“医保知识”专题、温馨提示“注意事项”等，运用问答、动漫等多种形式，形象直观地介绍医保政策、报销范围和不予报销的负面清单。让参保群众清清楚楚了解政策、明明白白进行消费。

为避免“两定”机构因对政策理解偏差、具体操作错误等原因产生不合理结算费用，从源头减少医保拒付情况的发生，阿克苏地区医保局主动加强与“两定”机构的沟通交流，建立医保经办机构和“两定”机构经办人员组成的“两定”机构管理微信工作群，在工作群中，无论是政策问题、系统操作问题、还是医保支付范围等问题，群员都可以随时进行交流沟通。医保局明确要求医保局工作人员要主动沟通、服务到位，对群里提出的问题做到有问必答，让问题在管理群中及时得到解决，特别是涉及到哪些属于医保报销范围、哪些不属于医保报销范围的问题，一定要依据政策，给出权威而明确的答复，使“两定”机构服务行为、医保使用明明白白。

三、规范费用结算管理，实现医保结算明明白白

地区医疗保障局以“能力作风建设年”活动为契机，以“四个体系”建设为抓手。针对定点医药机构管理中存在的痛点、难点问题，认真研究、谋划部署，以方便“两定”结算为出发点，简化流程，不断提升服务效能。每月的前五个工作日，各级医疗机构对本院的数据比对核查完后，提交清算数据，医保局经办专门人员对数据进行受理，初审和复审后，如果发现数据有误或对数据有疑问，就可及时进行反馈，医保局经办人员再根据反馈信息进行核对，直到双方全部确认无误。医保局经办部门做支付计划报财务进行支付，经三审复核，领导签发后，由医保财务人员将医保费用通过业财一体化系统拨付给“两定”机构。为更好服务两定机构，提高办事效率，进一步压缩办结时限，从受理到拨付由 30 个工作日压缩到 15 个工作日。实现医保结算明明白白。

四、规范定点医药机构服务协议，实现管理的明明白白

推进定点医药机构服务协议分类管理，规范定点医疗机构实行 DIP 等多种付费方式的医疗服务行为。健全定点医药机构履约考核机制，完善定点医药机构年度考核办法，科学制定考核标准和考核指标，推动全区定点医药机构协议管理考核方式、考核流程、考核标准、考

核指标、违规认定“五统一”。充分应用考核结果，将考核结果与付费、清算、信用等级评定、续签和终止等挂钩，督促两定机构为参保人员提供优质高效服务，引导定点医疗机构加强院内医保管理，创建一批医保定点医疗机构示范点，强化行业自律。

切实加强审核结算。规范“一事双审”制度，加大医疗费用结算、待遇支付审核力度。开展住院医疗费用手工（零星）报销专项检查，抽查比例不低于总量的5%。推动人工审核向全面智能审核转变，减少人为自主裁量权，实现事前提示、事中预警、事后监督的全过程监管。出台全区统一的医保智能监控经办规程，将基本医保、大病保险、医疗救助直接结算费用纳入智能监控审核，结合大数据分析，提高智能审核监控效能。开展经办机构审核结算专项治理，促进经办机构审核结算规范化。

力行规范化服务 让“两定机构”结算明明白白

湖北省宜昌市医疗保障局医疗保障服务中心

2020年10月，国家医疗保障局将宜昌市纳入全国DIP支付方式改革试点城市，2021年6月实现实际付费。为扎实推进试点改革，确保DIP结算工作落地落实，宜昌市结合本地实际细化举措、聚力破冰、强势推进，2021年12月底，全市职工和居民医保分别执行统一结算点值，14个县市区完成200家定点医疗机构共30万例住院病例，涉及金额14亿元的DIP年度清算，圆满完成DIP支付方式改革的首个完整周期“两定”机构结算工作。

一、基本情况

（一）DIP支付方式覆盖情况。DIP付费覆盖全市定点医疗机构200家，其中三级医疗机构12家，二级医疗机构58家，一级医疗机构130家。2021年6月至11月，全市住院人次314881人次，纳入DIP付费的住院人次为307943人次，占总住院人次的97.80%，医疗总费用占总住院费用的98.13%。

（二）DIP实际付费情况。按DIP付费结算率100.87%。职工医保结算点值9.20元，结算率115.20%；居民医保结算点值8.04元，结算率92.26%。三级医疗机构的支付率为109.57%，二级医疗机构的支付率92.36%为，一级医疗机构的支付率为94.99%。

二、主要做法

（一）全公开精细化，结算标准明明白白。根据国家规范，宜昌市对近三年全市医疗机构病案数据进行4轮次的清理和规范，经专家反复论证、科学编组，最终形成具有宜昌本地特色的DIP病种目录，包含核心病种5666组、综合病种1198组。实行分值动态调整，对于未进入核心病种的当年实际发生超过15例的新技术、新项目病种病例，年底按测算的分值重新计算病例分值。并通过基于疾病难度系数

和严重程度的辅助目录调整机制，精准的调节分值，体现临床实际成本。同时，为鼓励基层病种在基层医疗机构诊治，促进分级诊疗的形成，使基层医疗机构健康发展，建立 204 种基层病种库。全部病种通过文件和 DIP 支付管理系统下达，可视可查、公平公开，结算标准明明白白。

（二）全透明规范化，结算流程明明白白。根据国家试点工作方案，结合实际，市政府制定并出台了《宜昌市区域点数法总额预算和按病种分值付费试行办法》（宜府办〔2021〕28号）。市医保、财政、卫健部门联合印发《宜昌市区域点数法总额预算和按病种分值付费配套文件》（宜医保办发(2021)12号）等 8 个文件，建立从数据管理、预算管理、目录管理、病例评审、监督管理、绩效考核全过程的管理制度，构建了具有宜昌特色的“1+7”DIP 改革制度体系，业务全程有规范有指导，结算流程明明白白。

（三）全覆盖可谈判，数据审核明明白白。2020 年 8 月，上线“按病种点数法”智能审核系统，2022 年 3 月，上线省平台智能监管子系统，采取智能审核及 DIP 系统审核相结合的方式，对医疗机构申报的费用和违规行为进行审核。其中，智能审核通过对费用明细的审核精准发现医疗机构不合理收费、不规范诊疗等行为；DIP 系统对二次入院、低标入院、超长住院、死亡风险等违规辅助目录进行监测，扣减分值。所有问题数据均通过计算机系统向定点机构反馈，机构有异议的可以提供临床证据进行“申诉”、经过“申诉”确认合规的可以“复审”合规、双方不能达成统一意见的可以提交“专家评审”，充分体现谈判协商机制、调动机构和专家共同参与，结算审核明明白白。

（四）全流程颗粒化，清算支付明明白白。为确保 DIP 年度清算工作顺利完成，按照“抓大不放小、顾面不漏点”的原则，将涉及 DIP 年度清算各项工作进行了分析梳理，将任务分解细化为“数据”、“分值”、“总额预算”、“扣减费用”、“县市区业务指导”等 6 大模块 15 项具体工作，并且明确责任人、倒排时间表，将工作落实到最小“颗

粒”。12月份，共补齐医保结算清单3万余单，组织病案质量专家评审病历6000余份，入组数据30万条，入组病种5795组，先后3次进行模拟测算，将年度清算基础工作做到最实。2021年12月31日，全市14个县市区职工、居民医保DIP年度清算工作顺利完成。

三、工作成效

（一）基金使用效率提高，患者负担得到降低。开展DIP付费后，实现参保人次均住院费用、平均住院日、参保人自负比例、住院人次“四下降”。住院人次下半年较上半年虽有增长，但全年住院人次615000与2019年628159人次相比下降13159人次。

（二）结余留用，医疗机构加强管理积极性高。形成分值支付标准后，医疗机构主动作为、积极应对，通过管控过度医疗行为、提升医疗服务质量降低不必要的资源消耗。2021年职工、居民DIP综合结算率为100.87%，医疗机构通过规范医疗行为获得了结余留用的空间，极大地调动了医疗机构主动参与医保基金管理的积极性。

（三）数据质量快速提高。2021年度清算时，6-11月纳入DIP的实际住院病例数为307943例，上传结算清单数为307943例，其中仅有三例结算清单与结算数据不匹配，匹配率为99.999%，质控合格率及入组率均达到100%。

（四）分级诊疗得以促进。2021年DIP清算中，市三级医疗机构开展基层病种的支付率为87.41%，二级医院基层病种支付率为101.77%，而一级医院达到了123.83%，通过支付率结构来看，基层病种充分发挥医保对医疗服务供方的引导，进一步促进分级诊疗的实施。

（五）资源分配趋于合理。全市的病种结构符合疾病谱分布状态，具有合理性。各级别医疗机构在各分值区间的病例分布比例基本呈现大医院收治大病种，小医院收治小病种的状态，反映了医疗机构定位与服务能级相配备。

医保基金管理清清楚楚类

打出经办组合拳 守好基金“救命钱”

浙江省温州市医疗保险管理中心

习近平总书记强调，医保基金是老百姓的“救命钱”“保命钱”，勿使医保基金成为新的“唐僧肉”，任由骗取。为进一步提升医保基金运行效力，温州市医疗保险管理中心（以下简称“中心”）强化医保基金精细化、智能化、专业化管理，以系统思维推进医保经办管理服务高质量发展。

一、基本情况

全市医保经办机构仅有 227 名在编人员，需管理百亿级医保基金、1600 余家两定医药机构、5 万余名医药从业人员、近 800 万参保对象，面对基金管理点多面广、跨部门协同不畅、管理对象自律意识不强等现实问题，仅仅依靠当前人员是远远不够的。中心迎难而上、开拓创新，以数字化改革为契机，树立“基金管理也是一种服务”的理念，打破体制壁垒，强化多主体协商共治，建立了“基金编制-费用审核-现场核查-运行风控-评价优化”的全方位、全流程、全环节的医保基金管理体系，进一步提升医保基金管理效能，推进医保经办管理服务高质量发展，为建设“幸福医保”贡献温州力量。

二、主要做法

（一）研机析理、靶向施策，把好基金运行方向盘。

一是当好医保协议管理“裁判员”。中心建立“信用评价+自评”医保协议管理体系，采用 20%自评分+80%信用评价赋分，对全市 1600 余家定点医药机构、2.2 万医保医师、2.5 万护士、0.2 万药师实施分级分类管理。对高分医药机构提前拨付医保费用，对低分医药机构采取入驻核查，不同评分医护人员费用单据采用差别化抽审。对定点医药机构建立闭环管理，形成医保协议管理守信激励和失信惩戒机制，引导行业自觉规范医保服务行为，提高医保基金安全运行内生动力。

二是做好医保基金运行“分析员”。基金分析机制“全”，在全省创新建立市级统筹医保基金运行大数据风控模型，定期从支付机构类别、区域、险种、病种等多维度分析基金运行趋势和影响因素，掌握参保群众就医动向。基金风险预警“快”，加强对基金运行风险的研判、预警和处理，将基金支出异常的定点医疗机构纳入监控重点，强化关键环节风险控制，为医保基金高质量运行提供更加科学、精准的数据支撑。

三是扮好医保基金预算“编制员”。注重部门协同，中心组建由基金运行科牵头，征缴、支付、审核、异地、协议管理科室共同参与的预算编制队伍。注重统筹规划，坚持“收支平衡、略有结余”，统筹考虑职工与城乡、住院与门诊、本地与异地等情况，建立分项分类编制办法。注重绩效考核，将中心业务和财务科室的收支预算工作纳入绩效管理，从管理效率、履职效能和工作质量等方面，强化基金预算约束，提高部门整体绩效水平。

（二）迭代更新、严控关口，校准智能审核导航仪。

一是凝聚规范审的合力。针对医保费用审核工作专业壁垒高的特点，中心联合卫健、医药机构、行业协会等部门和机构建立联动协调机制，定期召开审核规则及疑难问题研讨会，促进费用审核工作规范化、科学化、专业化、透明化。2021年度智能监控系统审核扣款占年度基金支出0.35%，位列全省第二，被省大数据局作为智慧监管典型案例上报国办，得到国家局陈金甫副局长高度肯定。

二是构建智能审的规则。中心组织整合各地细碎、零散的费用审核经验、做法，研究形成了32.5万个智能审核知识点，115大类、5600多条智能审核规则，数量居全省第一。如首创53条护士智能审核规则，实现了医保住院费用实时审核拒付不合理费用大幅增长。同时，经办业务骨干受邀参加全国医保基金智能审核和监控“两库”框架业务论证会，为完善“两库”输送“温州力量”。

三是创新科学审的模式。中心通过成立审核结算智能审核组和

DRG 病组审核组，积极探索按价值付费的审核模式。探索研制 DRG 智能审核规则，制定 DRG 病历审查操作流程，通过“智能审核+专家核查+费用结算”机制，对涉及低编高套以及住院诊断与实际不符的病例严肃处理，引导医疗机构科学诊疗，保障参保人权益。

（三）内外联动、精准发力，锻造基金核查铁篱笆。

一是联动审计，注好“强心剂”。中心联合财政、审计、税务等部门在浙江省率先开展市级统筹基本医疗保险基金审计工作。以统一全市基金收支管理为主线，紧盯各统筹区医保基金统前清算、统中执行、统后管理，牢牢把握结余上划、财政补助资金拨付、医保费征缴入库、支付结算、统收统支启动实施“五个节点”，发挥部门合力提升市级统筹后医保基金共济和抗风险能力。

二是专项检查，发挥“震慑力”。抽调全市医保经办业务骨干连续两年先后对 11 家重点医药机构聚焦心内、骨科、中医、血透等领域开展专项检查。通过数据分析筛查、现场病历审核、财务费用审核等方法，针对不合理收费、串换项目（药品）、不规范诊疗、虚假服务等重点问题开展检查。加强结果应用，将专项检查结果纳入年度考核，强化案件处理，实现违规行为立查立改，问题项目即停即止。

三是紧盯内控，念好“紧箍咒”。内控管理“制度化”，制定医保经办内控实施办法，细化明确业务岗位职责、业务运行流程、基金审核规范、财务管理细则等。风控防范“机制化”，对医保经办业务划分风险定级，重点把控 8 个极高风险、14 个高风险业务内控管理。日常监督“规范化”，开展业务季度内控检查，建立内控检查问题清单，制定整改台账，明确责任人和整改时限，从源头上确保医保基金规范管理。

三、发展成效

（一）达到医保基金精准控费的成效。中心高效应用数字监管，追回违法违规费用 1.12 亿元，同比降低次均门诊费用增速 9 个百分点。长效落实基金审计，理清各区县基金债权债务，共发现 9 类问题，

涉及资金 17303.69 万元。深入实施智能审核，2021 年实现全市医药机构医保费用审核扣款 4754.04 万元，同比提高 116.28%。中心通过 DRG 清算开展日常病案审核、15 日返住率审核扣罚 3000 余万，医保基金使用效益显著提升。

（二）提升基金管理的整治效力。中心通过常态化现场核查、精细化专项检查、专业化内控管理，营造全市医保基金管理“共享、严管、共治”的良好氛围。2022 年共处理违法违规机构 240 家，其中中止协议 31 家，移交纪检监察机关 2 家，处理违法违规参保人 23 人。查处违规项目总计（耗材）317 项，共追回医保基金 3502.78 万元，省委常委、温州市委书记刘小涛作出重要批示。

（三）打造“信用评价+协议管理”的温州样板。温州“信用+协议”的管理模式改变原来监管“一头热”的被动状况，推动医药机构自觉规范医疗服务行为。实现 24%的医疗机构、15%的药店信用评级提升一个等级，医疗机构费用结构、内部管理、病案管理等重点工作均有不同程度的优化提高，医院费用使用效率与时间使用效率分别提升 1.46%和 1.11%，降低医保基金支出增速约 26.34%，持续扭转医保基金不合理增长态势。

科技赋能 推动医保审核结算“三化”管理

广西壮族自治区医疗保障事业管理中心

广西医保部门按照国家医保经办管理服务规范建设“一满意两加强”的要求，重点围绕医保审核结算业务，加强信息技术和大数据的支撑，在国家医保信息化平台的基础上，部署上线广西医疗保障审核结算业务规范化指标评价系统，通过科技赋能智慧医保，构建医保审核结算经办业务标准化评价体系，推动医保审核结算“三化”管理。

一、主要做法

（一）“干”字为先，扎实开展规范化专项行动。

以“定方案、选试点、重论证、强部署”为切入点，进一步规范全区医保经办机构医疗保障基金审核结算业务。一是制定工作方案，明确工作思路。于2022年7月制定《广西壮族自治区医疗保障基金审核结算业务规范化评价工作方案》，以规范医疗保障基金审核结算业务为重点，通过建立统一的评价指标体系、建设统一的评价信息系统、建立统一的自查自纠工作机制，优化完善经办流程、推进智能应用、严控内部风险、强化考核评价、建立长效机制，促进医疗保障经办规范化管理。二是选定试点城市，开展试点工作。根据全区15个统筹地区的特点、医保基础数据质量等情况，从中选取具有典型代表性的3个地市（南宁、桂林、贵港）开展试点工作。对试点地市2021年1月1日到2021年12月31日的历史数据进行深度检查，包括但不限于医保结算清单的质控（完整、规范和合理）、日常审核结算数据、省内异地就医结算数据等，总结试点地市检查工作情况，探索对检查结果的应用，将检查结果作为医保经办机构评价的重要指标，建立医疗保障审核结算业务规范化评价模型。三是建立指标体系，进行专家论证。在试点地市医疗保障审核结算业务规范化评价模型的基础上，按照国家医保局和自治区医保局医保审核结算相关的政策、规定和经

办规程等有关内容，着重在内部控制、日常经办、费用审核、结算支付、待遇稽核等方面进一步梳理业务流程，明确关键评价内容。结合对试点地市历史数据的检查和评估结果情况，经组织专家论证，进行修改和调整，并在此基础上进一步通过信息系统重新验证。通过如此循环多轮的讨论、验证，形成科学、合理、统一的评价指标体系并以此为基础完成试点地市的初步评审结果。四是部署评价系统，开展使用培训。严格按照国家医保局和自治区医保局医保信息化平台系统建设和信息安全管理等相关要求，在测试环境中通过广西壮族自治区医疗保障信息平台数据中台调取试点地市相关数据，并在 HSAF 平台环境下建设部署、调试“医疗保障审核结算业务规范化指标评价系统”，保证数据安全和数据准确性，并在此基础上准备对系统的功能和业务流程进行测试。

（二）“实”字为要，研究制定审核管理规定。

广西壮族自治区医保中心在现有国家医保局医保信息化平台相关子系统（如医保业务基础子系统等）基础上，梳理制定审核结算相关业务流程的管理规定，针对医保审核结算各项具体业务的经办时间和节点，确定具体的评价指标和标准，明确定量和定性指标的区别。目前，在全区医保审核结算业务第一批次可实现指标共 71 个，其中定量指标 36 个，可进一步向下延申量化指标 30 个（即可延申出 2 级及以下子指标），不可进一步延申 6 个，定性指标 35 个。

（三）“严”字托底，加强工作部署及系统调试。

针对确定的评价指标，制定具体的评价标准（定量指标）和考核细则（定性指标），确定定量和定性指标的占比和分值（分别根据参保人、医药机构和经办人员角度）。同时在此基础上设计、开发、测试指标评价系统的相应功能，在试点城市全部完成现场部署和调试。评价指标系统通过指标管理、评价选择、评价结果查看、评价结果分析等模块协助医保经办管理和具体业务人员实现日常的指标评价工作。目前，已完成全区 2021 年全年 1065 万次就诊记录，9.39 亿条明

细数据的整体评估和初步报告，基本满足审核结算相关工作内容全流程的评价。

二、取得成效

（一）实现审核结算各项业务评审全覆盖。医保审核结算业务指标评价体系建立后，广西医保经办部门将通过指标评价系统，从医药机构/医保经办/参保人&参保单位三个角度，使用 76 个评价指标，实现对审核结算的业务数据进行全覆盖的评审：包括医药机构诊疗行为是否合理、经办人员审核结算准确及时性、参保人&参保单位服务时效性等。

（二）实现审核结算各项指标评价全方位比较。通过评价信息系统，实现了 76 个针对不同对象的不同评价指标在横向（不同统筹区之间）和纵向（不同时间段内）的比较，并结算工作实际情况不断完善各项指标的选择和内涵设计，实现指标体系评价的持续改进。

（三）实现审核结算各项业务精细化、规范化、高效化管理。广西医疗保障审核结算业务规范化指标评价系统上线以来，广西医保中心围绕“一满意两加强”，以规范医保基金审核结算业务为重点，通过建立统一的评价指标体系、建立统一的评价信息系统、建立统一的自查自纠工作机制，优化完善经办流程，推进智能应用、严控内部风险、强化考核评价、建立长效机制，促进审核结算各项业务精细化、规范化、高效化管理。

医保基金管理清清楚楚

——厦门业财银一体化系统让管理百亿基金变得更智能

福建省厦门市医疗保障中心

厦门市医疗保障中心成立以来,利用大数据、云计算等新技术打造业财银一体化系统,实现了从基金预算、对账管理、基金支付、基金核算、基金决算等财务全过程精细化管理,确保百亿医保基金管理清清楚楚。

一、基本情况

高起点谋划。紧扣基金财务核心,多渠道收集参保群众、医保定点医药机构、药械配送企业等服务对象的意见与诉求,换位思考,持续改造优化审核支付流程。**高标准构建。**突出财务独立运作和全程信息化,构建全新的业财银一体化系统,打通医保、医药、医疗机构等业务关联的闭环管理链条,推动医保业务系统和基金财务系统数据一体化衔接,实时掌握基金运转情况和支撑能力,为基金安全平稳运行奠定坚实基础。**高质量运行。**建立横向联网、纵向部门联动的管理机制,在海量数据存储基础上,通过实时获取数据应用,从整体上提高了核算支付工作效率。厦门市两定医药机构药械货款、医药费用年度结算率达 99%; 参保人待遇支付从业务端直达银行端,实现“T+0”实时结算; 跨省异地住院结算资金 1 个月内及时足额拨付到位,结算周期大为缩短。

二、主要做法

(一) 覆盖财务管理全流程, 促进规范化精细化

厦门医保业财银一体化系统覆盖了医保基金财务管理全流程,涵盖基金预算编制、收支管理、财务核算、报表编制以及财务分析监测等内容,实现管理规范化精细化。

1.数据全程“不落地”。开发“银企互联”业务功能,利用中接口

交互资金收发往来数据，实现金融机构回单数据的实时收支确认，确保业财银数据的无缝衔接。同时，通过医疗保险基金财务生产接口系统，接收中间表的业务数据，由财务人员确认并转换为财务记账凭证数据，向医保基金财务管理系统传递。数据“不落地”，能够实时全面跟踪掌握医疗保险基金日常运行情况，为开展基金财务风险预警提供了有力的数据支撑，进一步加强对资金流的监管。

2.业务全程可追溯。在医保业务管理系统中，同步增加财务人员对两定结算、药械代付、参保人待遇发放等各项业务数据的复核确认，有效降低医保基金支付风险。在基金财务管理系统中，实现财务人员通过审核财务接口系统产生的财务记账凭证数据，完成记账过程。同时向中间表返回凭证编号等信息，形成财务业务数据对应关系，供其他业务部门使用，进一步提升了医保基金财务管理效能。

（二）打通医保基金管理节点，确保稳定性安全性

厦门医保业财银一体化系统打通了从医保基金收支计划到资金网银拨付、待遇发放到账确认、基金财务自动记账等关键管理节点，可实时查询医保经办机构的收入户、支出户和其他相关账户的交易流水、余额等数据，为完善医保基金内部控制，防范基金风险提供强有力支撑。

1.强化账户管理。建立医保经办机构银行账户管理体系，对收入户、支出户和其他相关账户的增加、减少、修改纳入统一管理。满足医保经办机构对医保基金银行账户的交易流水、余额、到账情况进行实时查询的需求，掌握医保基金收支余的最新动态，确保医保基金运行安全。

2.搭建管理平台。搭建覆盖医保基金各项待遇发放、两定结算等各项医保基金支出业务，从计划、审核、复审、网银拨付、银行发放确认、凭证制单等全流程、全封闭和可追溯的管理平台。同时，科学设定基金存量“红线”，结合当期预算等因素，对医保基金管理进行事前预警与事中提醒，构建起高效的基金内控机制和预测预警机制。

三、发展成效

（一）基金使用绩效更优

通过创建从预算编制、资金管理、预算执行控制、会计核算、预算绩效考核评估到最后出具决算报告的财务管理新模式，实现医保基金预算、核算、决算工作一体化，彻底改变以事后控制为主的传统财务管理旧模式，大幅提升基金使用绩效。

（二）财务核算效率更高

通过医保待遇社会化发放，资金支付、银行结算、医保对账、凭证生成全程电子化，优化基金拨付流程，实现信息流、资金流、数据流一体化，大跨步提升了财务核算工作效率。财务工作者也得以从传统的反复、单调的工作中解脱出来，转向更高层次的基金监测、财务分析等方面。

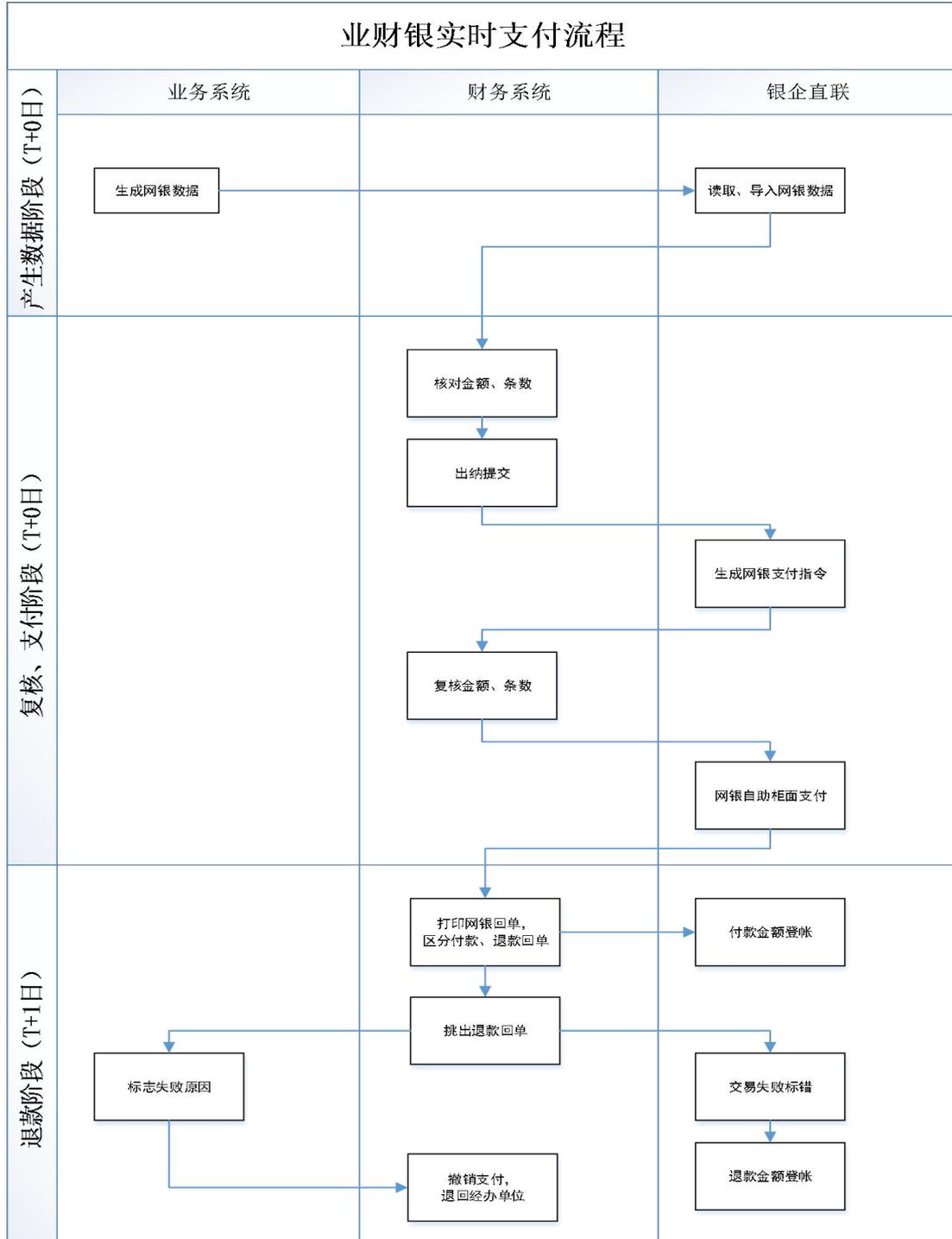
（三）基金安全运行更稳

依托医保基金账户管理、在线交易、回单管理平台，结合多方对账、交易查询、动态监控，能够及时完整掌握医保基金资金状况，全过程监控医保基金流向，并提供医保基金收支风险预警，进一步规范医保基金的征缴、支出和结余管理工作，确保基金平稳运行。

医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”。下一步，厦门市医疗保障中心将继续贯彻落实国家医保经办管理服务规范建设的工作要求，持续完善优化业财银一体化系统，把“医银直联”服务民生的举措落细落实落好，让参保群众与两定机构享受到更方便、更快捷、更安全的“互联网+”医保服务。

附件：厦门医保业财银实时支付流程图

厦门医保业财银实时支付流程图



浙江省衢州市构建标准化医疗费用“一站式”结算体系， 实现医保患三方共赢

浙江省衢州市医保中心

浙江省衢州市聚焦群众医疗费用报销多头跑、材料多，垫资压力大的堵点难点问题，于2019年在全国率先上线医疗费用“3+N”报销“一站式”自动结算平台，大幅提升了群众医保获得感、幸福感、安全感。2022年，衢州市对“一站式”结算支付模式和机制进行全面重塑和构建，构建形成标准化共富型多层次医保“一站式”结算支付体系，实现百姓权益更有保障，医疗机构更加方便，部门合力更强。

一、基本情况

衢州市2021年末的户籍人口参保率达到99.97%，全市参保人员255.48万，2021年进行基本医保费用结算有139.13万人。但其中6%的参保人员（约9.25万）都要进行后续的其他保障的报销（补助）。衢州医保主动对接工会、退役军人事务局等10余个部门和商业保险公司，建立医疗费用“3+N”一站式结算平台（“3”即基本医疗保险、大病保险、医疗救助，“N”包括退役军人抚恤优待对象医疗补助、工会职工医疗互助、公务员医疗补助、精神病人免费服药、惠民保等事项）。2022年，衢州市以国家“智慧医保”平台上线为契机，对“3+N”一站式结算工作从结算模型到结算支付模式、资金支付模式进行全面标准化规范化。

二、主要做法

（一）充分发挥医保结算系统基础性作用，实现医疗费用报销（补助）“一件事”多部门联办

一是规范各部门政策，共同执行“一个标准”。出台医疗费用“一站式”结算管理实施办法、资金结算流程等一系列的配套政策，明确准入退出标准、资金结算清算规范、协同部门职责等，推动相关部门以“全市政策统一”和“基本医保报销信息”为前提，对不符合平台标准

的政策进行优化完善，促进多层次医疗保障体系政策的统一和衔接。

二是依托医保数字化平台，共同使用“一个系统”。在不改变原保障政策、不影响部门职能的前提下，医保与相关部门签订医疗报销联办代办合作协议，医保部门牵头负责结算平台的开发和运维，其他部门共同做好政策解读、业务需求颗粒化梳理、人员资格认定及资格库的维护。通过信息平台将多部门的线下窗口服务转变为线上“一站式”智能化办理。

三是“全联”扩大医药机构范围，共同享受“一个范围”。通过医保结算系统把医保定点机构全部纳入服务范围，解决原各部门政策规定的就诊定点机构范围较小且不一致的问题，实现了就医服务范围的扩大和统一。

（二）全面开展业务颗粒化梳理，实现各部门报销（补助）政策“一站式”自动办结

一是以颗粒化梳理为基础的“拆”。从各类人员数据库、各项待遇政策标准、计算顺序、资金支付等四个方面开展业务颗粒化梳理，穷尽业务办理一切可能性。形成包含 13 项医疗保障政策体系集，56024 项事项和 7983 项数据“最小颗粒度”，构建了人员类别、定点医药机构、就医情形等不同维度的 45 个结算模型和结算逻辑图，确保信息系统的计算逻辑无遗漏、全覆盖。

二是将标准化作为实现业务审核的“核”。以颗粒化的理念，将所有业务的申请条件、申报材料、办理流程等全部统一规范，涉及到的数据内容、字段长度、格式、取值范围等全部明确规范。在系统中把颗粒化后的业务标准进行参数条件固化，实现业务和数据的标准统一。

三是推动数据共享共用的“链”。打破信息壁垒，梳理出涉及民政局、退役军人事务局、人社局、卫健委等 17 个部门共 129 项数据共享需求，通过大数据共享平台，链接获取结算业务所需数据，以系统对接实现数据共享复用。

四是以智能化实现系统运行的“合”。通过参数管理、权限设置，把所有政策标准、业务流程固化到管理信息系统，由系统集成运行。

在参保人员刷卡就医购药结算时，系统启动自动计算，对纳入系统的各类报销医疗费用进行直接结算。参保人员个人不需要提供任何纸质材料，不需要办理任何报销办理手续，实现医疗费用报销零跑腿、零垫付、零等待、零材料。

（三）创新建立“资金池”，实现医疗费用报销（补助）“一池”清算

一是将多个部门和医疗机构清算调整为医保和医疗机构清算。在医保基金支出户下设一专户，用于部门间“一站式”结算资金预付款的收缴和各项待遇的拨付。相关部门预拨3个月资金额度的预付款到专户上，形成“资金池”，以后每月按实际发生额定期结算。医保经办机构按月和定点医药机构统一结算，再和相应部门进行清算，有效减轻医疗机构对账压力和部门管理成本。

二是将多个医保经办机构和医疗机构清算调整为就医地医保部门和医疗机构清算。大力推动以县（市、区）为中心的支付一体化，所有医疗费用由就医地医保部门统一结算支付，市级医保部门按月向各县医保部门预拨资金，各县（市、区）医保部门通过市级结算清算中心按月完成清算。通过各地按参保地拨付向按就医地拨付机制的改变，彻底解决了不同结算部门多次拨付造成的医疗机构对账难、医保部门拨付繁问题。

三是将“3+N”串联结算调整为“2+N+1+1”并联式结算、串并双重式支付模式。（2是基本医疗保险、大病保险；“N”是工会互助、公务员补助、优抚补助、精神病免费服药、两慢病免费服药，第一个“1”指医疗救助，第二个“1”指商业医疗保险）。即原“N”部分依次串联结算调整为并联结算，任一事项的增减变动都不会对整体造成影响，设置合规费用和总费用封顶线限制，有效规避政策和技术风险。同时解决商业医疗保险的补充功能和医疗救助兜底保障功能不充分等问题，最大程度发挥各种保障资金绩效，实现群众待遇保障最大化目标。

三、工作成效

一是揽责担当，体现为民初心。截至2021年底，“一站式”结算

平台共完成报销结算 3600 余万人次，涉及基金、资金支出 96.77 亿元，累计减少群众报销（补助）跑腿 70 余万次，减少提交材料 200 余万份，切实解决参保人员医疗费用报销“多头跑”“报销难”的问题。

二是数字赋能，提高保障绩效。通过在医保结算系统建立待遇享受人员资格库，资格库根据人员资格变动情况实现动态实时调整，避免因个人信息不对称造成的待遇漏项，参保人员能自动享受到政策规定的各项保障待遇。避免人工数据汇总产生的错误，也能确保部门之间政策数据的有效衔接。实现待遇权益的精准保障和医疗费用的梯次减负。

三是部门协同，增强治理效能。大大减轻了医疗机构对账压力和部门的管理成本，提升了工作效能。同时突破职能部门专业信息、技术力量的限制，扩展了单个部门医疗费用数据来源渠道，实现联合监管和联合惩戒。

四是迭代创新，构建标准体系。从结算模型到结算支付模式、资金支付模式全面标准化规范化，共富型标准化“一站式”结算支付体系构建成形。

制度重塑 数据分析 职业判断 专项审计 协同执法 努力打造医保基金审核“北京西城模式”

北京市西城区医疗保障局

医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。医保部门的成立是中央加快完善医疗保障体系的重大决定，维护基金安全是其首要的政治任务。北京市西城区医保局成立伊始即树立“让人民生活幸福是国之大者”的理念，当好红墙卫士，守好百姓日子。局党组清醒地意识到，医保机关首先是政治机关，加强医保基金监管是永恒的主题，传统抽单式手工检查犹如“大海捞针”、“盲人摸象”，唯有以改革的精神创新监督方式才是出路。2020年以来，通过党建引领、科技赋能，努力打造医保基金审核的“北京西城模式”，高效、有序、规范地加强基金监督，促进维护良好的医疗保障秩序，让百姓在离红墙最近的地方感到温暖。

一、基本情况

作为首都功能核心区，西城区位置特殊，使命光荣，医疗资源丰富，服务群体广泛，基金规模庞大。西城区是本市乃至全国的医疗高地，学科建设齐全，学术造诣权威，行业影响深远。西城辖区医保定点医疗机构 171 家、零售药店 59 家，其中，三级甲等医院 15 家、三级医院 5 家，拥有国家级病学研究中心 12 个；参保单位 3.2 万家，参保人数 214 万人，代管驻区 418 家中央机关事业单位 11.5 万人公费医疗工作；年均医保基金支出规模 180 亿元左右。各项数据指标位居全市前列。

二、主要做法

（一）制度重塑体现党建统领

局党组统一部署医保治理改革工作，通过机制创新在原有建制内优化队伍，盘活资源，提高实效。**建立基金监管“大部制”**。以履行监督检查职责的科室为基础组建“大部”，实行扁平化管理，派党组成员

任“大部”负责人。局党组研究中长期规划，审定年度计划，安排预算资金，选优配强信息、审计、法律等专业力量，根据监督思路提供技术支持。**实行专业委员会制度。**不按级别、不设待遇、不论资排辈，将政治素质过硬、业务技能娴熟、工作业绩突出的同志聘为委员，作为党组“智囊”参与基金监督、行业检查等重点业务工作研究。激发主观能动性，发挥专业优势，通过民主决策促进科学治理。

（二）数据分析匡选核查范围

西城区医保局在北京市率先研发并使用“医保大数据智能分析系统”开展基金监督。采集全口径数据，涉及医保结算、行医诊疗、财务会计、考勤管理等八类，做到“大数据”，而非“数据大”。将各维度数据进行标准化加工，展现业务发生全过程，形成一套标准体系的多元业务数据库，为数据分析奠定基础。以法律法规、行业标准、成熟案例作为基础，从医保检查和审计监督两个视角形成方案，通过计算机语言设计数据分析模型。这些模型从业务层面看，可分为门诊诊疗与结算、住院诊疗与结算、手术治疗服务、药品耗材管理和财务预算控制等五类；从目的角度看，可分为落实问题、疑点线索和趋势分析等三类。将整理规范的数据通过模型进行分析，过滤正常数据，生成异常数据。派出检查小组根据异常数据清单和检查工作流程，结合院方原始资料凭证，对医疗机构进行现场核实。对确认为问题的履行取证程序，非问题的留存支撑材料。数据分析先行，在现场减少“审”的时间，提高“核”的空间。增强工作的总体性、规范性、准确性和效率性。

（三）职业判断锁定专业问题

选派医保管理专业力量，同时邀请权威医疗机构专家，从内科、外科、手术、护理、中医、药学、器械等方面，组成检查组，结合数据分析和审计检查提供的异常信息，发挥专业优势，确定问题。聚焦假病人、假病情、假票据的“三假”现象，重点检查诱导参保人员就医，虚构医疗服务，伪造医疗文书票据，盗刷社保卡等行为。根据各级各类机构工作职责和业务特点，在体现总体要求的基础上，分门别类确

定检查重点内容，把握完整性，体现差异化。

（四）专项审计实现立体监督

医保业务核查是“条”，专项审计检查是“面”。配强跨行业管理力量，借鉴政府审计成熟的监督理念、执法程序和组织方式。聘用专业审计中介机构参与基金监督。**事前**，评估内控水平，结合制度建立与执行情况查找监管薄弱环节；了解财务状况，结合会计信息掌握资产负债和资金管理的风险点。**事中**，做好业务衔接，在设备管理、耗材使用、药品盘点、收入确认、成本核算、基金结算、财务报告等方面，将会计数据与医保、诊疗等业务数据对比分析，二者不一，必有一错。扩大检查广度，提高检查深度，与医保业务监督构成横向到边、纵向到底的立体工作格局。**事后**，配合完成问题取证、定性、整改工作，出具结论报告，发表审计意见，形成专业评价，为医保部门管理决策提供依据。

（五）协同执法提高工作实效

建立“3+3+N”部门协同工作机制，即以医保、医疗、医药为核心的“三医”联动改革部门，以财政、社保、民政为支撑的密切关联部门，以及所有与医疗保障、卫生健康事业相关的职能部门，形成组织架构。积极探索有序高效的资源共享、风险共担协同工作机制，激发社会治理新动能。坚持密切协作，围绕工作重点、改革难点、社会热点、治理堵点，多元共治，平等协商，凝聚合力，共同解决跨部门、跨领域执法监督的“卡脖子”问题。开展联合执法，统筹协调基金监管重大行动组织、重大案件查处工作。

三、发展成效

2020年来，西城区医保局通过此模式实现了对辖区230余家定点医药监督审核年度全覆盖。共采集各类数据11T，建立一套内涵61张标准表的规划数据库，设计数据分析模型258个，形成基金监督通用方法67个、特色方法42个，生成异常数据600万余条。查处95%以上的医疗机构存在的十一大类问题，主要表现在，医保政策执行不到位、超标准收费、重复收费、超药品适应症用药、医疗器械超范围

使用、医用耗材购销存管理不规范等，年均追回违规基金 1200 万元。工作成果在全市名列前茅。2021 年 7 月，受国家医保局委派，西城区医保局作为首个地市级机关，代表北京市对某省开展飞行检查，通过此模式利用一周时间查出违规资金 1300 余万元，同时揭示一起严重的欺诈骗保行为，6 名责任人受到党纪、政纪处理。

基金审核“北京西城模式”的经验做法被中央深改委、北京市委深改委采用；市政府主管市长、西城区委书记、主管区长做出批示；市政府、国家医保局、市医保局、区委区政府内刊刊发；“中国医疗保险网”、《北京医保》杂志发表。市医保局 2021 年第 17 次专题会听取相关工作情况汇报。

山东省潍坊市：刀刃向内强内控 严真细实抓提升

山东省潍坊市医疗保险事业中心

一、工作背景

医保经办业务环节多、链条长、管理难度大，实施内控制度提升医保经办质量是医保精细化管理的必然要求。随着全国统一的医保信息平台全面建成上线，医保海量数据的集成作用初步显现，以数据比对分析为原理、以提升医保经办质量为目的的医保内控信息系统具备了运行生态。

二、基本情况

潍坊市作为全省医疗保障内部控制管理工作试点城市，自 2020 年开始探索建立医保内控体系，并于 2022 年 6 月在全省率先启用医保内控子系统，把医保服务的“权力”关进信息技术的“笼子”里，让医保权责有规矩，让经办服务有标尺，让内控绩效有评价，“严真细实”工作作风成效显著，“四梁八柱”内控管理体系基本建成，有效促进了医保服务提质增效。截至目前，全市已筛选出内控规则 130 条，上线运行 92 条，关联 25 个服务事项、71 个业务环节。

三、主要做法

（一）从“严”字入手，夯实内控工作基础

一是“严”培训，强化内控意识。内控制度是发现问题的“显微镜”和“放大镜”，是整改问题的“鞭”和“尺”。潍坊市把医保经办内控管理工作放在医保改革大局中谋划部署，重点做好内控工作与廉洁从政的有机结合。在业务培训、党课、内控培训中反复强调内控的重要性，让内控意识入脑入心。

二是“严”制度，明确内控依据。出台内控管理办法、实施细则、风险防控清单等，从制度层面对内控管理进行规范。成立内控管理领导小组，设置内控管理科，业务科室设内控联络员，从管理体系层面保证了内控管理工作的有效有序推进。

三是“严”核查，提升内控质效。定期组织召开全市内控管理工作会议，将全面检查与专项检查相结合，对发现的问题有针对性地开展“回头看”。有效利用第三方的专业优势和人力资源优势进行内控评估，持续提升内控绩效。2022年度，通过3次全面检查和2次专项检查，共发现179个医保经办业务疑点，其中41个确认为问题，并已全部整改。根据发现的问题新增12条内控规则，并4次提交信息系统更新需求。

（二）从“细”字入手，筑牢内控管理笼子

一是精“细”管人，岗位责任制“在轨”运行。本着岗位不相容和关键权限分离的原则，潍坊市对于所有需要使用医保信息系统的业务经办岗位全部实施依岗申请、科长复核、领导审批、专人配置的层递式权限配备法。工作人员岗位调整时，采取“先办结全部签领事项—冻结现有权限并清零—重新按岗配置权限”的三步工作法，确保权随责变、全程留痕。

二是精“细”做事，五项工作法“把脉”提能。实施一线工作法，对编码贯标等重点工作，实行班子成员带队到基层走流程的方式，通过“体检”找问题。实施集中议事法，长期坚持晨会、例会、热线工单（信访投诉）交流等集中议事制度，对于疑点线索“上屏展示”，集思广益解决问题，并为筛选医保内控规则提供基础素材。实施梯次检查法，落实内部自查、科室互查、集中巡查的内控三级检查，从蛛丝马迹中发现问题。实施拾遗补阙法，院端慢病备案实行“内网直联慢病复核”的办法，在院端办理的门诊慢特病相关材料同步上传医保内网系统，经办机构工作人员当天对其进行全量复核，基本杜绝“无病备案”等不合规现象。实施外部监督法，与高校合作建立联系点，利用高校智力优势对医保经办情况进行评估分析；聘请社会监督员，对医保政策执行情况、医保业务经办情况等开展监督，切实提升监督效果。

三是精“细”找错，体外循环式“双线”管控。在全国医保信息平台建设内控子系统之前，潍坊就开始探索建立自己的内控小程序来对业务经办质量进行控制。采取线上（医保经办平台）线下（自建内控小

程序)融合的方式,将线上导出的业务经办数据人工筛选出需比对部分,线下导入小程序进行分析研判,对发现的疑点数据及时处理。在自建内控小程序内累计建成15个子模块,2020年11月—2021年12月先后比对分析119次,发现风险点2165个,有效规避了医保经办业务风险。2022年随着全国医保信息平台内控子系统的建立,潍坊自建内控小程序相关规则陆续并入到内控子系统。

(三)从“实”字入手,稳推内控系统上线

一是以业务需求为工作导向,扎“实”做好顶层设计。根据系统框架、规则逻辑、运行方式、数据对接等关键要素设计了内控需求规则调研表,作为内控部门、业务科室、工程师之间沟通的媒介,提升了沟通效率。针对日常咨询量较大、市长热线等投诉渠道反映较多和近年审计多发的问题,确定了首批63条内控规则,11次修正后确定了规则名称、调度频率、展现明细等内控规则顶层逻辑框架,为后续规则开发积累了宝贵经验。目前,首批确定的内控规则已逐渐融合、归并到现有的内控规则谱中。

二是以闭环运行为工作目标,踏“实”做好实战演练。为确保规则定得准、数据抓得实,试运行期间采取“测试—验证—纠错—复试”的闭环模式。在测试环节看规则能不能跑到底,验证环节核实数据的真实性、有效性以及抓取路径的准确性,对数据抓取不准确的立即更改规则纠错,再按以上环节循环复试,直至数据准确为止。

三是以循序渐进为工作原则,切“实”保障内控成效。本着先易后难、先事后再事中、成熟一个运行一个的原则,2022年3月23日对首批确定的63条规则中经过上述闭环可有效运行的17条全流程模拟试运行,生成81条疑点数据,确认有效疑点数据24条,业务科室核实最终确认问题疑点数据5条,并对相关问题立即整改。同年5月26日将规则从测试库迁移到正式库,并于6月份在全市实现全面上线运行。此后,围绕医保经办业务流程继续开发内控规则,截至目前全市已筛选出内控规则130条,上线运行92条,剩余38条内控规则因数据采集路径等原因正在开发过程中。

（四）从“真”字入手，打造集约化内控模式

一是求真较真用“真”数据。内控系统的运行需依托信息系统提供的海量数据，正是信息系统的不断升级，才实现了内控系统从无到有、规则确定由粗及精、管理运行变静为动，改变了内控管理单靠人工审核、发现问题被动应对的局面。潍坊市医保内控系统基于最真实的一线医保经办数据来进行规则运行，通过真实业务数据的比对来及时发现疑点、防控风险，不断提升医保经办质量。

二是真刀真枪解决“真”问题。内控制度从建立之初就以化解实实在在的业务风险、解决真真正正的经办卡点为工作目标。以死亡人员享受待遇为例，这个问题一直是医保经办管理的重点和难点，也是各级审计核查的必查点。为了解决这个问题，潍坊市在第一批内控规则中就设置了死亡人员享受待遇相关内容，经过多次业务测试和积极协调，已从省级层面实现了死亡人员信息共享，死亡人员享受待遇相关内控规则实现了事前预警、事中监督、事后追责的全覆盖，截至目前，共发现死亡人员享受待遇疑点数据 4308 条，相关费用全部按规定追回，防控风险业务 292 次。

三是真抓实干下“真”功夫。潍坊市制定了年度医保内控管理工作计划，做到每项任务都有工作要求和完成时限。制定了内控检查评估表，用实实在在的评分数据作为检验内控工作进展的标尺，督促县市区和相应业务科室真抓实干下真功夫来做好医保内控工作。下步，潍坊市将推动内控系统与政务服务、互联网+等项目深度融合，实现多项目系统运行，让信息互为支撑、数据互为补充，打造“集约化”内控模式，逐步实现内控规则的全覆盖、全流程、全周期运作。

四、工作成效

经过两年多的探索，潍坊市初步建立了以队伍建设、制度完善、流程优化、系统集成“四梁”，以工作人员专业化、业务培训常态化、管理制度规范化、检查方式多元化、业务流程标准化、运行链条一体化、多方对接整合化、实时监控数字化“八柱”，医保经办业务事前风险提示、事中监控预警、事后责任追溯全流程覆盖的立体框架式内

控工作机制。国家医保局《医保工作动态》和山东省政府《山东政务信息》先后刊发潍坊内控工作经验做法；孙继业副省长、张宁波局长先后对潍坊内控工作给予批示。

夯实基础 踔厉奋发 推进医保经办内部控制高质量发展

辽宁省沈阳市医疗保障事务服务中心

随着国家医疗保障改革深入发展，统一规范的经办服务体系逐渐形成，同时对医保经办机构内控管理提出更高要求。沈阳市医疗保障事务服务中心（以下简称“沈阳医保中心”）根据《“十四五”全民医疗保障规划》要求，不断加强内部控制，梳理医疗保障内部管理和职权运行风险点，持续建立健全流程控制、风险评估、运行监控、内部监督等内部控制工作机制，及时发现并有效防范化解安全隐患，提升医疗保障经办服务规范建设工作。

一、基本情况

沈阳医保中心共有经办人员约 500 人，内设 14 个部室、12 个分中心和 6 个工作专班。2020 年 3 月，秉承“有人就有监督标准,有岗就有工作标准,有事就有质量标准,有物就有管理标准”的“四有”管理理念，抽调基金财务、两定管理、参保经办、基金结算等部门业务骨干，组建内部控制管理部门，负责实施内部控制的监督检查、经办管理评价及基金收支规范化管理的审核工作。构建了科学合理、层次分明、切合实际、富有特色的沈阳医保中心内控体系，同时进一步规范、监督和评价经办人员服务行为，实现了对机构内部运行风险的有效控制。

二、主要做法

（一）完善制度设计，推进内控体系建设

一是加强组织保障。为有效保证和提升医疗保障经办服务规范建设工作，沈阳医保中心成立了内部控制工作领导小组，构建内部控制领导小组为决策层、内部控制部门为组织层、业务及财务部门为实施层、信息技术部门为支撑层的内控组织保障体系。

二是完善制度保障。结合沈阳医保中心实际情况，修订和完善了《内部控制管理办法》《内部控制监督检查工作规程》《内部控制制度汇编》等规章制度，通过制度明晰内控工作职责、分工、目标，确

定内控工作流程及规范。同时加强过程管理,每年开展两次内部控制检查评估,实现各项经办业务在依法依规、科学严谨、相互制约、有效监督下安全运行。



内控制度规程

三是优化廉政建设。印发《各级领导干部和工作人员廉洁自律的规定》《对外检查人员工作纪律》等一系列行政管理监督考核制度,堵塞业务经办漏洞,防范滥用职权风险。

(二) 创新管理模式, 强化内控监督机制

沈阳医保中心勇于开拓思路, 创新管理模式, 在业务系统中嵌入风险判断条件, 各项业务通过操作模块控制和流程系统科学制约。

一是加强系统用户权限管理。经办人员账户权限合理控制是内控工作的重要内容。定期梳理人员账户权限, 及时停用离职、转岗人员权限; 合理配置人员岗位、角色, 经办不审核, 审核不经办, 精准控制工作人员业务经办权限。

二是建立风险防控体系。通过经办复核双重校验定期自查整改, 切实建立风险防控体系。梳理经办风险点, 对政策依据、实物手续、

数据标准、业务规则进行科学判断，及时给予风险提示，规范经办行为；复核人依照经办规则，对经办人员操作不当业务进行回退处理，规避业务风险；定期开展各部门自查及内控监督检查，对经办流程进行检查并督促整改。

三是实现数据智能校验。通过调用省公安、省工商、市人社、市民政等多个相关部门数据，基本实现信息及业务数据的自动核验，减少了人为干预，提高业务经办准确性和时效性。

（三）科学内控架构，强化基金风控机制

加强内部控制，防范化解基金风险，坚决消除各类安全隐患，是医保经办贯穿始终的永恒主题。

一是推进监督机制。基金支出主要有两条主线，从部门设置层面保证审、算、支分离，落实部门间互相监督，更符合医保内控制度要求。

二是完善岗位设置。根据经办业务风险等级，科学合理设置经办、初审、复核、审批岗位制约机制。例如，零星结算窗口经办人员的登记、初审、复审、录入、审批等各环节岗位分离设置。

三是加强系统监控。持续完善日常费用审核和 DRGs 付费审核两大医疗服务审核监控系统功能。全面监控两定机构发生费用的事前、事中、事后审核，发生的违规扣款通过系统即时扣回，保证基金安全。

三、发展成效

（一）内控工作取得显著成效

沈阳医保通过理顺业务流程，明晰部门边界，查找经办漏洞，补齐内控短板。2021 年完成 94.9 万条经办数据的自查自纠，抽取其中 3675 条开展实地核查，发现问题业务数据 141 条，限时纠正、立行整改。近年来，沈阳医保接受 4 次国家飞检和 1 次省飞检，均取得较好成效，其中内控工作获国家和省飞检组高度评价。

沈阳市医疗保障事务服务中心

关于成立沈阳市医疗保障事务服务中心 内部控制工作领导小组的通知

分中心、各部门：
为加强沈阳市医
务有序开展，防控廉
子决定，成立沈阳市医
组，构建内部控制领导
财务部门为实施层，
系。现将有关事项通
一、主要职责
研究审定中心内
划；部署中心内部控
大风险问题等。

中共沈阳市医疗保障事务服务中心委员会

关于对中心经办业务监督排查问题 进行整改的通知

各部室（小组）、各分中心：
按照局党组《关于对经办业务

沈阳市医疗保障事务服务中心

二〇二一年上半年分中心 专项监督检查行动的通报

依照《关于印发沈阳市医疗保障事务服务中心内部控制
【中心发【2020】4号）要求，按
理工作专项检查行动的通知》工
控工作小组工作成员于2021年4
20年6月至2021年3月业务经办
的检查行动。现将专项行动情况

灵活就业及城乡居民业务、长期

沈阳市医疗保障事务服务中心文件

沈医保中心发〔2020〕4号

关于印发沈阳市医疗保障事务服务中心 内部控制管理办法的通知

各部室、各分中心：
现将《沈阳市医疗保障事务服务中心内部控制管理办法》印
发给你们，请认真贯彻落实。

沈阳市医疗保障事务服务中心
2020年4月30日

沈阳市医疗保障事务服务中心文件

沈医保中心发〔2020〕3号

关于印发《沈阳市医疗保障事务服务中心 内部控制监督检查工作规程》的通知

各部室、分中心：
现将《沈阳市医疗保障事务服务中心内部控制监督检查
工作规程》印发给你们，请遵照执行。

沈阳市医疗保障事务服务中心
2020年4月30日

内控工作通知

（二）经办服务质量明显提升

内控管理部门每年对12个分中心开展内控监督大检查行动。



内控监督大检查

经过考核整改、绩效激励，2021年各分中心平均差错率由上年的5.53%降至3.85%。内控检查激发了全体经办人员的风险防控意识，

促使自觉规范经办服务行为，提高经办服务质量，持续为参保人提供高效规范的医保经办服务。

（三）医保基金安全保障有力

以日常费用审核和 DRG 付费审核两个系统为抓手，持续强化规则严谨性、审核完整性以及流程规范性。2021 年，日常审核共处理违规定点医疗机构 606 家次，涉及金额 1173.15 万元。DRG 审核共处理违规定点医疗机构 122 家次，涉及金额 2014.08 万元。单病种审核共处理违规定点医疗机构 87 家次，涉及金额 69.06 万元。年度累计处理定点医疗机构违规金额 3256.29 万元，有效降低了基金运行风险，有效保障了基金安全。

经办服务规范建设工作在路上，沈阳医保中心将不断夯实基础，持续踔厉奋发，推进医保经办内部控制高质量发展。

严格落实“好差评”制度打造群众满意服务窗口

宁夏回族自治区银川市医疗保障局

银川市医疗保障服务中心始终坚持人民至上，以人民为中心的服务理念，常态化开展“我为群众办实事”实践活动，持续深化“放管服”改革，不断优化医疗保障经办服务质量，严格落实医疗保障政务服务“好差评”制度，全面准确及时了解企业和群众对医疗保障经办服务的感受和诉求，不断增加群众获得感、提高满意度，打造群众满意服务窗口。

一、基本情况

银川市医疗保障服务中心严格落实“好差评”制度，开拓思路、创新方法、建立机制，推动政务服务“好差评”制度落实见效。业务评价量从银川市医保中心“好差评”账号与银川市社保中心“好差评”账号分设的当月（2022年7月）的669件提高到次月（2022年8月）的6612件，参评率从19.42%提升到86.22%，满意度达到100%。通过全面落实“好差评”制度，银川市医疗保障服务中心经办服务水平迈上新台阶。

二、主要做法

（一）优化政务服务

一是厘清政务服务事项。严格执行国家、自治区医疗保障经办事项清单，对办理材料、办理时限、办理环节全程优化。对参保登记、医疗费用报销、异地就医备案、生育津贴发放等业务板块的服务事项进行标准化梳理，按照“四减一优”的标准，编制医保经办服务事项25项，减少了办事环节，缩减了等待周期。

二是强化制度建设。进一步加强制度建设，制定了《银川市医疗保障服务中心窗口服务规范（试行）》，建立窗口服务、咨询管理机制，全面落实窗口首问负责制、一次性告知制、限时办结制、岗位轮替制、延时服务制、领导带班制、窗口服务亮身份等制度，切实做到

了“服务受理不推诿、办理业务不积压、咨询事项详告知”的医保经办服务要求。

三是加强行风建设。按照区、市医疗保障经办窗口服务规范及医保系统政风行风建设要求，从服务场所、软硬件设施、服务礼仪等方面，全面加强医保经办服务窗口建设。落实执行服务规范“五项要求”和工作纪律“十不准”。畅通投诉、反映渠道，明确经办机构主要负责人是信访件、投诉件的第一责任人，亲自处理、全程督办，安排专人处理，及时回访。在市政府门户网站公示高频事项咨询电话，安排专人值守，努力为参保群众提供便捷高效规范优质的医保服务。

四是创新工作方法。积极推行医保经办业务“网上办”、“掌上办”，自主开发了“异地就医人员医保服务微信号”，大力推广医疗保险异地就医直接结算、生育保险区内“一站式”直接结算和异地就医网上备案等高频事项的延伸办理，最大程度地方便参保群众就医报销，切实解决了群众跑腿垫资的困难，不断提升群众的获得感、幸福感和满意度。

（二）健全评价机制

一是加强理论学习，提高思想认识。在完成好业务经办工作的同时，采取多种培训方式让干部职工深入学习领会区、市政府及医疗保障行政主管部门关于做好政务服务“好差评”工作的相关要求。以《银川市医疗保障服务中心窗口服务规范（试行）》为抓手，进一步明确中心“好差评”工作具体要求，提高全体干部职工思想认识，切实做到将推广应用“好差评”工作放在心上，落到实处。

二是加大宣传推广，营造浓厚氛围。采取“线上+线下”相结合的方式对“好差评”工作进行广泛宣传，线上通过官方微博、市政府公开专栏等渠道就服务事项、办事指南、评价投诉等事项进行宣传。线下通过在服务大厅LED显示屏滚动宣传“好差评”工作制度、面对面指导群众使用等方式做到最大范围让群众知晓，提升办事群众的知晓率和评价率。

三是优化硬件设备，畅通评价渠道。认真摸排服务点位，按照经办实际需要动态调整，确保服务大厅“好差评”评价器数量及功能完备，

完善中心工作人员“好差评”数据信息，开展“好差评”评价系统操作专项培训，要求工作人员做到“靠前服务、主动服务、及时服务、微笑服务”。不仅在大厅显著位置设置意见箱及“好差评”意见簿，为办事群众提供了便捷的评价入口，还专门设立“事难办”服务窗口，并主动公布 9 部对外咨询热线，进一步畅通评价反馈渠道。

（三）落实反馈措施

一是建立工作台账。及时申请设置中心“效能监察账号”，对中心“好差评”数据进行监测分析，确保及时收集有效评价和反馈分析结果。按月在中心工作会议上对“好差评”评价量、参评率、满意率等数据统计情况进行通报，对科室及个人“好差评”情况进行公示和分析，针对服务对象自主评价性不高、评价数据准确性偏差等问题，不断集思广益，提出优化方案。

二是落实问题整改。在差评整改上，建立差评和投诉问题调查核实、督促整改和反馈机制。对收到的差评和投诉，按照“谁办理、谁负责”的原则，由业务科室安排专人回访核实，就相关情况及时整改、反馈，并由指定科室对整改情况进行复核及登记，做到差评回访、及时整改，确保回访率、满意度 100%。

三是落实奖惩机制。将政务服务“好差评”情况纳入绩效评价。将办件量、参评率、好评率作为科室与个人考核的重要依据，与窗口服务标兵、评先评优、年度考核等挂钩，严格实行奖惩兑现，充分调动窗口工作人员的积极性。在结果运用上，建立“好差评”数据生成、归集、传输、分析、反馈机制，及时归纳发现政务服务的堵点难点，动态优化服务流程，推进服务供给精细化。这些机制形成有效的“闭环”管理，为制度落实奠定了基础，让医保经办服务更优化、更到位。

三、主要成效

银川市医疗保障服务中心持续转变工作作风，将“严细深实勤俭廉+快”的作风标准落实到医保经办服务全过程，以全国医疗保障服务窗口示范点创建工作为契机，不断提升医保经办标准化规范化水平。一方面赋予参保企业和群众更多话语权和监督权，让群众来监督、让

服务对象来评价，为医保服务装上“监控器”、戴上“紧箍咒”，从制度上管控服务质量，形成改善政务服务质量的倒逼机制。另一方面对参保企业和群众反映集中的问题进行跟踪分析和综合挖掘，发现医疗保障经办工作的堵点和难点，找准服务的切入点和着力点，推进医保经办决策科学化、政务改革精准化、公共服务高效化，切实解决了群众“急难愁盼”问题，群众获得感、安全感和幸福感进一步增加。

打造“杭州数智经办”医保品牌 全力推进基金管理提质增效

浙江省杭州市医疗保障管理服务中心

杭州市医疗保障管理服务中心按照国家和省市关于推动医保经办精细化管理和高质量发展的总体要求，紧扣人民群众对更高水平、更高质量医疗保障经办服务的期待，对标“重要窗口”“头雁风采”新定位，全面推进医保数字化转型，通过坚持创新驱动、数智引领，紧紧围绕定点准入、总额预算、审核支付、年度考核评价四大关键环节，着力打造“数智医保”经办新模式，不断优化经办管理路径，全力推进医保基金管理提质增效。

一、基本情况

杭州是浙江省省会城市，截至 2022 年 6 月底，全市基本医疗保险参保人数达到 1100 余万人，定点医药机构数量为 7600 余家，职工医保、城乡居民医保住院报销比例分别达到 85%、70%以上，年度医保基金规模支出近 400 亿元。医保经办管理面临定点医药机构多、基金规模大、医保报销待遇高的现状，对医保基金经办管理提出更高挑战，亟需建立数字智能化管理的思路，激活数据要素潜能，与时俱进深入推进医保经办数字化转型。

二、主要做法

（一）构建全量数字分析体系，强化总额预算。按照“问题导向、数据挖掘、成果转化”的工作思路，以国家“智慧医保”系统上线为契机，积极构建“1+3+N”的总额预算管理数据分析场景，即：1 个数据归集中心，3 个分析维度，N 个重点领域分析，涵盖 50 个费用指标项和 200 个字段。1 个宏观数据中心是指实时将全市定点医药机构结算上传的明细数据进行采集、共享、归集，并按月固化，以保证数据质量和准确性。3 个分析维度是指总体宏观分析、多维度费用指标分析和具体指定医药项目分析。N 个重点领域分析是指对外配处方、医学检查检验、中药饮片、医用耗材、国谈药品等重点领域费用进行深

度挖掘。通过该数据分析体系的应用，及时掌握医保基金支出、医药机构医疗费用、收费结构、就诊人数、次均费用、个人负担比例等费用指标的运行规律及变动趋势，为科学编制总额预算及时研判不合理增长趋势和医保管理决策提供靶向支撑。

（二）构建智能审核体系，增强审核精细化水平。依托国家“智慧医保”系统，重点建设医保费用智能审核场景应用。在全面贯彻应用 15 项国家医保编码的基础上，以医保政策、协议规定、检查稽核结果和临床知识库等依据建立完善医疗保障审核规则库，目前智能审核规则库有 37 个大类规则，175 万条明细项，为审核工作奠定坚实的基础。同时运用信息化手段，强化初审、复核、审批、支付的闭环管理，重点对药品、高值医用耗材使用情况及大型医用设备检查等医疗行为进行合理性评估审核，定期开展高价药和医保费用指标监控排序管理。结合“智慧医疗诊间结算”系统，实现所有定点医药机构医保全过程监控，对定点医药机构结算的医疗费进行事前提醒、事中监控、事后审核的全流程无死角监管，全方位增强费用审核监管的精细化水平。

（三）数字赋能，创新协议经办管理。按照“简化程序、方便办理、强化履行”的工作思路，通过数字化创新手段、优化经办流程，努力实现协议管理数字化转型新赛道。一是将定点准入全流程工作纳入省“智慧医保”平台管理，将定点准入的受理、初审、复审、函询、评估、开通等流程环节有效衔接。二是在国家“智慧医保”系统搭建协议网签平台，医保服务协议实现网签模式，定点机构通过网签平台进行信息维护后，法定代表人仅需刷脸认证即可足不出户完成整个签署流程。三是打造协议考核应用场景，持续优化年度考核。杭州医保充分依托信息化管理，打造定点医药机构年度考核管理场景应用，通过科学制定定点医药机构协议考核办法及评分指标，创建动态考核应用模块，将年底考核内容分解成按月实时动态管理，实行日常评价和年度考核相结合，压实定点医药机构对协议管理的责任履行。

三、主要成效

杭州医保以数字维度、围绕综合施策、标本兼顾、整体智治的理念，全方位赋能医保经办高质量发展，持续打造“杭州数智经办”医保品牌，在基金管理方面取得显著成效。

（一）医保基金支出绩效显著提升。近年来，杭州市医保基金收支运行态势持续向好，基金支付韧性显著增强，呈现良性发展趋势。2021年各类医保基金支出比2019年下降7.37%，今年上半年各类医保基金支出同比小幅增长4.95%，绝对值仍未达到疫情前水平，处于97%左右。

（二）参保人员医疗费用有效降低。杭州市参保人员2021年人均医疗总费用和人均医保列支费用分别比2019年下降6.69%和12.05%。同时医保费用指标持续好转，医疗机构次均费用总体有所下降，2021年医疗机构普通门诊、住院和规定病种门诊次均费用同比分别下降3.17%、7.50%和4.96%，今年上半年延续了去年走势继续平稳保持。

（三）规范医疗行为，实现“医保患”共赢。通过智能审核监管，协议履行年度考核，规范了医疗行为，减轻患者就医负担、保障医保基金安全，实现“医保患”共赢。2021年通过智能审核平台开展医保费用精准审核，涉及定点医药机构4268家，确认违规数据3913941条，扣除违规单据金额1.5亿元。通过考核管理应用场景对所有定点医药机构年度考核，2021年度考核合格单位112家，基本合格单位136家，不合格单位90家，合计扣除医保金额1761.6万元。

（四）拓宽定点准入新赛道，有效提升服务效率。通过将定点准入全流程工作纳入省“智慧医保”平台管理，拓宽定点准入的路径，使各流程环节高效衔接，提升协议管理标准化建设，有效防止经办风险，切实提高经办效率。原签订纸质协议整个流程需要20个工作日，目前实行协议网签，仅用时10个工作日完成了全市7000多家定点医药机构的协议签订工作。

夯实基础 优化配置 推进基金财务管理规范化制度化

——海南省儋州市医保中心医保经办管理服务规范建设专项行动

海南省儋州市医疗保险服务中心

近年来,海南省儋州市医保中心以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导,深入贯彻落实党的十九大及历次全会、省第八次党代会精神,着眼“公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医保”建设,注重加强经办机构基金管理依法合规,推动医疗保经办管理服务达到新水平。

一、基本情况

儋州市医保中心坚持贯彻落实国家及省委省政府相关政策指示,以管好用好医保基金为目标,防范和化解基金风险为重点,注重优化人员配置、健全财务制度、加强预算管理,确保了各项医保基金安全稳定运行,为医疗保障政策落地见效提供有力支撑。

二、主要做法

(一) 高度重视,强化配置,打造一支高素质专业化基金财务干部队伍

1.配足配强基金财务工作人员。近年来随着医保领域各项改革工作进入“深水区”,特别是风控、审计、飞行检查等工作量迅速增加,加之市合管办整体并入社保中心,儋州市医保基金财务工作面临巨大压力。面对责任大、任务重的工作现状,儋州市医保中心积极应对、迎难而上,坚持“用专业的人办专业的事”,在人手整体紧缺的环境下,积极协调市委组织部、市编办等部门,增加返聘3名业务强、经验足的工作人员,进一步配足配强基金财务人员队伍,为医保基金日常监管打下坚实基础。

2.加强基金财务人员教育管理。坚持“严管就是厚爱”工作理念,通过警示教育、谈心谈话、集中学习、专题讨论等方式,定期组织基金财务人员开展廉政教育,不断提高基金财务人员“免疫力”,坚决抵

制基金安全方面的违纪行为。注重激励积极担当作为，注重在业务一线、急难险重任务中锻炼、培养、考察基金财务人员，5名财务人员均因政治素养过硬、实绩成绩突出受到重用或晋升，干部干事创业积极性进一步得到调动提升。

3.优化基金财务人员队伍建设。通过办公会、业务交流会、集中学习会等“三会”形式，定期组织基金财务人员学习专业知识。同时将业务培训作为提高业务能力的“落脚点”，积极选派基金财务人员参加各级组织的能力提升培训班，同时主动派员至省社保中心业务处室跟班学习，切实加强基金财务人员基金财务专业知识运用水平。

（二）建章立制，明确责任，努力实现基金财务基础工作制度化规范化

1.建立健全工作机制。贯彻落实《社会保险基金财务制度》、《社会保险基金会计制度》和《海南省社会保险（医疗保险）基金财务制度》及相关配套办法，规范基金支付审批的各个流程，做到有章可循，有据可依，为实现安全、规范、高效的基金财务管理目标打牢制度基础。

2.完善风险防控体系。围绕内控制度、经办流程、岗位设置等环节，切实完善风险防控措施和内控机制；细致设立科室领导、各险种基金会计、基金出纳、风险防控监督员等岗位，细化和明确各个岗位的职责，确保业务权限职责清晰，业务环节相互制衡，不相容岗位人员配置合理。

3.科学预算严格执行。每年根据缴费基数、缴费率、参保人员情况、政策调整、经济社会发展等因素，综合考虑近三年各项保险收支情况，合理编制年度预算。在此基础上，严格按照预算批复和规定程序，做好用款计划和预算执行情况监控。在执行中因特殊情况需要增加支出或减少收入，及时与相关部门沟通，编制医疗保险基金预算调整方案，近三年年儋州市医保基金预算执行情况良好。

4.规范会计档案管理。建立专门的会计档案存放室，配备统一的资料柜、资料盒、资料标签，明确规范的会计凭证和会计报表格式，

所有档案按序列标清年度入柜列单存放，做到基金会计档案存放整齐划一，规范有序，确保档案有迹可循、方便查询。

（三）加强监督，严格内控，确保各项社保基金日常安全运行管理规范

1.建立基金财务内控体系。严格执行基金财务会计制度、安全和风险预警制度，加强基金运行监测，跟踪分析预算执行进度和基金运行情况；特别是对容易产生财务风险的社保基金待遇支付和基金“收支两条线”执行情况等环节，加强防控措施和跟踪落实，不断优化经办流程，严格权限设置，落实审批制度，确保基金使用安全稳妥。

2.加强基金财务监督检查。注重开展常态监督检查，对通过审计、巡视、督查、飞检、调研等方式，所发现的医保领域违法违规、欺诈骗取医保基金等问题行为，坚持从严从快处理；同时设立风控监督员，按 50%的比例抽查全部险种的医保基金会计凭证，发现问题及时汇报，2022 年 1-9 月共抽查医保基金会计凭证 855 份，对抽查发现的问题立行立改，将业务经办风险降到最低。

3.明细基金财务往来账目。严格落实“一制度五办法”，做到基金支出逐级审核、复核和审批；加强基金银行账户的管理，严格按照规定开立医保基金账户，指定专人定期从财政部门、开户银行取回基金收支凭证或银行对账单，登记造册逐项核对。注重加强与财政、税务和各开户银行间对账，确保账账、账表、账实相符。

三、工作成效

（一）切实兜牢基金防控底线。

按照全省统筹、完善机制、规范落实的工作要求，在严格执行基金财务管理“一制度五办法”前提下，定期梳理各险种基金收支执行进度、基金账户余额等情况，对可能存在的待遇发放风险提前预警，基金运行质量不断提高，有效杜绝基金穿底风险。

（二）圆满完成平台试点工作。

2021 年 3 月，儋州市作为全省国家医疗保障信息平台上线和业务财务一体化测试的试点市县，依托良好的基金运行管理基础，深入

分析，科学研判，高效整合各方资源，采取项目化推进措施，日夜奋起，于2021年6月如期完成国家医疗保障信息平台上线和业务财务一体化测试工作。

（三）顺利助推儋洋一体改革。

为深入贯彻落实省委省政府关于儋州洋浦一体化改革的重要决策部署，全力推动儋洋医保经办一体化顺利实施，儋州市医保中心勇挑重担、主动作为，充分研判工作中可能出现的基金风险隐患，做好在途业务清理，积极做好与税务、财政、市场监管等部门的工作衔接，高标准完成各项基金数据整合工作，顺利将洋浦各项医保待遇并入我中心医保基金账户统一支付，从2022年8月1日至9月30日，儋州市医保基金支出户共划拨洋浦医保待遇1258.97万元，生育待遇55.91万元，未发现一笔差错，为儋州洋浦一体化改革发展贡献了医保力量。

规范服务、精细管理 确保转移接续转出资金及时准确安全

上海市虹口区医疗保险事务中心

随着社会的不断发展，我国的医疗保险制度的发展速度逐渐加快，保障水平逐渐加强，与此同时，随着经济的发展，跨地区流动就业人员不断增多，为了更好地适应人口流动需要、切实保障流动人员的合法权益，原国家人社部、国家卫生部相继发布了一系列统一规范流动就业人员基本医疗保险关系转移接续暂行办法（人社部发〔2009〕191号、人社险中心函〔2010〕58号），根据相关通知精神，本市人力资源和社会保障局、原市医疗保险办公室发布了本市城镇职工基本医疗保险关系转移接续若干问题处理意见的通知（沪人社发〔2010〕69号），进一步明确医保转移接续业务经办流程，确保流动就业人员的缴费年限和账户资金余额累积计算，保证参保人的医疗保险权益的完整性、连续性。

根据市医保的相关通知精神，虹口区医疗保险事务中心在医保关系转移接续经办过程中始终坚持务实求真，规范服务，建立退支台账，做到层层把关，严格复核，特别是在医保关系转出个人账户资金划转支付这一重要环节中能够做到精细化管理，从源头开始加强对转移资金相关信息的比对，及时规避相关风险，确保医保基金转移安全，保障参保人的合法权益。多年来，我区在转出经办方面不断尝试、摸索，总结出一套切实可行的方法，保证了转出业务经办安全有序开展。

一、基本情况

自2014年医保转移接续转出权限下沉至区中心后，我区能严格按照市中心相关操作流程，厘清岗位权限，优化服务环节，建立相关台账，按照基金财会制度和内部控制管理机制，加强录函→清算→生成凭证和信息表→划转资金全流程的复核和监管机制，有效解决各个环节、尤其是个人账户余额资金清算支付（包括退回支付）环节的难点、堵点问题，保证转移接续工作的有序开展和基金支付的安全。

二、主要做法

（一）严格把关录入环节

受理录入是整个转出经办的重中之重，关系到后序整个流程的准确性，要求业务人员仔细录入外省市联系函，尤其是外省市银行机构信息确保录入后再次复核无误。对于标注不接受资金但又有银行账号的务必和外省机构核实确认。

（二）加强清算业务环节的复核

市医保中心下发批次清算时，业务人员按顺序整理好该批次可转移人员的联系函，重点关注受理时间大于半年以上的函，通过电话、长三角微信群、全国医保群和外省市相关机构确认当前参保人的参保信息（参保地信息是否有变化），如有变化，需对方机构重新出具联系函。

（三）做好资金支付环节的再复核

财务人员根据业务转移清算数据支付转移资金时，根据已建立的支付台账（退回再支付）、联系函上银行机构信息，再次逐笔核对，对于业务录入有误的账号信息，通过财务系统转移接续初审和终审角色重新生成账号，直至账号匹配无误后进行网银划款。

（四）个人账户资金划转过程中突出问题的处理（部分示例）

1.外省市不接受账户资金。案例：参保人陈兰*，申请转出至海南省白沙黎族自治县，对方机构以不接受账户资金为由（联系函上未明确标明），留下参保凭证和信息表用作转移参保年限，退回了划转的账户资金。我中心多次沟通对方机构和本人，告之我市转移相关规定和政策，资金和年限需同时划转，经过两个月的努力，追回凭证和信息表，并报市中心，开库撤销该笔转移申请，避免了退回资金的宕账。

2.参保人就业地已更换。案例：参保人虞*，2014年10月申请医保转出并收到联系函，因该参保人2021年11月养老转移才办理完结，我中心12月批处理时及时沟通外省市，因联系函久远，只能通过114查询原先机构联系电话，得知该参保人已转至原省另一城市参保，经

过几方沟通，2022年1月我中心终于获取参保人最新参保地相关信息，准确为参保人办理了转移手续，确保资金和凭证传递安全无误。

3.外省市机构改革，未及时处理转移资金。案例：参保人张明*，2020年10月我中心为其办结医保转出至六盘水市。2021年5月参保人来电查询转移进度时反馈未收到转移资金，我中心立即与原收款社保机构联系，得知，因机构改革，外省社保机构收到资金时正值处理社保与医保分开事宜，对方机构一直未处理收款资金，且事后一直未向我中心及外省医保机构反馈相关信息。通过反复沟通，我中心申请对方即刻退款，同时多次联系外省医保机构提供新的联系函，2021年6月，我中心终于收到对方退款并重新支付了该笔转移资金。

4.参保人已在外省市停止参保（城保）。案例：参保人翁辉*、周雅*，分别于2015年5月和2018年6月申请医保转出，因养老转移2022年1月才办结，我中心于2022年2月批处理时及时发现这两人的联系函久远，为安全起见，必须核实好相关信息才能继续办理。经不懈努力最终和外省机构取得联系，得知参保人已在当地停止参保，归属灵活就业，原先联系函信息已无效，我中心及时联系参保人，告之需提供新的参保机构的联系函才能办理医保转出，经报市中心，作废该参保人的转出申请，及时避免了相关风险。

三、发展成效

我中心在转移经办过程中始终坚持从源头入手，建立长效机制，以“我为群众办实事”的态度把控每一个环节。目前，本区申请跨省转出覆盖全国30多个省、市、自治区，截止日前，共计受理外省市联系函12883份，办结转出12002人次，转出个人医保账户资金3102.65万元，且能坚持做到转移资金月清月结，无宕账。

医疗保险关系转移接续是事关民生的大事，做好保障民生的工作是我们医保人的一份责任和担当，严格落实基金财会制度守住基金安全更是我们医保人坚守的准则，在今后的工作中我们要更好地强化担当、优化服务，为推动医保经办高质量发展、为老百姓有更好的获得感、满意度作出我们应有的贡献！

死亡退保“三步走”服务更便捷 基金更安全

河北省医疗保障局参保登记和异地就医中心

医保基金是老百姓的看病钱、救命钱，是维护社会稳定、解决群众疾病后顾之忧的“压舱石”。为有效防范利用死亡人员身份信息进行冒名刷卡的基金管理风险，河北省医疗保障局（以下简称省医保局）以“三步走”杜绝“人亡卡活”，实现死亡退保“全程网办”，既推动医保经办服务更加便民利民，也从源头上防范医保基金流失，切实守护好医保基金。

一、基本情况

为解决参保人死亡后仍存在统筹基金支出的问题，防止医保基金流失，同时减少参保单位及群众跑办次数，省医保局积极推动部门间数据共享、优化经办流程、完善信息系统，从源头上堵塞死亡人员待遇管理中存在的漏洞，“三步走”提升经办服务水平，创新维护医保基金安全，参保单位获得感、幸福感和满意度不断提升。

二、主要做法

（一）数据共享“齐步走”，把好“人亡卡停”关。参保职工的死亡退保业务由参保单位负责办理，但由于退休人员与单位联系较少，单位很难及时掌握所有退休人员的生存状态，经常出现“人亡卡活”的现象，人员参保状态未能及时更新，导致死亡后继续划拨个人账户，造成医保基金的流失。为减少死亡人员逾期退保的现象，省医保局积极加强部门协作，建立全省医保系统与民政数据的交互机制，实时推送死亡人员信息，实现了与民政殡葬数据的联网比对。在单位网厅和经办系统上线【死亡参保人员列表】模块，单位可随时查询本单位人员死亡情况，及时办理死亡退保，有效防范“人亡卡活”及死亡冒领的风险，确保医保基金安全。

（二）优化流程“快步走”，把好“全程网办”关。依托全国统一的医保信息平台，省医保局完善系统、优化流程，实现死亡退保业务“不

见面、网上办”。一是进一步优化电子档案库，保证单位提交的电子资料可随时查看、下载、保存。二是单位网厅自主申报，经办实时审核。参保单位专管员无须再到医保大厅递交纸质材料，在单位网厅-职工终止参保界面按要求完成业务申报即可，经办人员查看上传的电子材料完成审核业务，减少了疫情期间人员聚集的风险，真正实现了“一次不用跑”和“不见面办理”。三是积极推动工作落实，印发文件督促参保单位每月及时查看并核对相关人员的死亡信息，及时办理死亡人员退保业务，从源头上避免职工死亡后发生医疗统筹费用支出情况。

（三）弹窗校验“稳步走”，把好“死亡退保”关。将核对死亡后有无医保基金支出完善到系统功能中，建立核查追回违规支出统筹基金机制。一是单位网厅提交人员终止参保业务申请时，系统根据参保人死亡日期，校验该人死亡后是否有医保基金支出，若存在基金支出，自动弹窗提示该人在死亡后存在医保基金支出及基金支付总额，并可查看相应的费用明细。参保单位可根据提示联系家属退回违规支出的医保基金。二是经办审核死亡退保业务时，同样有基金支出的弹窗提示，经办人员可根据提示及时追回违规基金。单位端和经办端双向发力，坚决把好死亡退保关。

三、工作成效

河北省省本级参保单位专管员王女士说：“我们单位共有两千多名参保职工，退休职工大概有一千四百多人，因为退休职工与单位联系较少，所以很难掌握他们的情况，就容易出现逾期退保多划拨个人账户的情况，还得联系家属退还医保基金，特别不方便，现在好了，每月结算前，登录单位网厅直接查看单位有没有未办理终止参保的死亡人员，办完死亡退保业务后再缴费，就不会出现多划拨的情况了，以前我每个月要来经办大厅四五次，现在网上提交，在单位就把业务办完了，真的是越来越高效便民了”。

死亡退保业务“数据共享、全程网办”后，从根本上解决了参保单位的难点、堵点，真正做到了“群众少跑腿，数据多跑路”，创新推动了医保服务更加暖心、贴心。一是死亡冒领情况明显减少。殡葬数据

实时共享在全省信息系统上线后，单位医保专管员和经办人员均可随时查看【死亡参保人员列表】，及时办理死亡退保业务，保证“人亡卡停”。二是办理方式更加高效。依托医保公共服务-单位网厅，单位医保专管员足不出户就可完成死亡退保业务申报，办理进度可随时查询。三是违规基金追回更加准确。系统自动提示违规基金支出金额，减少了人工查看及计算的误差，单位与经办合理追回违规花费的医保基金，坚决杜绝“冒名刷卡”的现象。据统计，2022年1月至9月底，共计追回医保基金150258.26元，其中“逾期退保”划拨个人账户金额67449.01元，“冒名刷卡”花费的医保基金82809.25元。

医保部门是实打实的民生部门，关系着群众的急难愁盼。下一步河北省医保局将继续坚持人民为中心的发展理念，牢牢把握问题导向，不断改革创新医保管理，以高标准、高水平推进医保经办服务更加便民、利民、惠民。

综合类

扎实开展“三化一能”工作 书写医保服务“四新”篇章

重庆市医疗保障事务中心

为深入贯彻《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》精神，优化医疗保障公共管理服务，推动医疗保障经办管理服务规范建设，着力解决人民群众急难愁盼问题。重庆市立足全国参保人数最多、城乡全覆盖的医疗保障省级统筹区的工作实际，聚焦医保政策碎、散和群众不易懂、不易记等问题，在全市医保系统开展“政策优化、经办简化、宣传深化、信息化赋能”（简称“三化一能”）建设工作，通过对现有政策优化整理、简化经办服务流程、改进宣传内容和渠道、完善医保信息系统功能等措施，持续推动全市医保工作更加惠民便民，奋力书写医保服务高质量发展新篇章。

一、驭繁以简“新办法”，医保政策更加简明易懂

一是群众“搞不懂”得到初步解决。针对群众反映医保政策看不明白、搞不懂的问题，对现有 26 余个规范性文件进行逐一梳理，通过反复征求群众意见后形成“1112 医保政策小手册”，即 1 张“医保政策菜单”、1 张“政策一览表”和 12 张“业务流程图”，群众办事只需要一本小手册，就能看懂政策、算清待遇，轻松办理医保业务。二是群众“烦心事”得到有效破解。针对成渝两地群众来往频繁、就医需求量大的实际，于 7 月 1 日起全面取消川渝两地异地就医住院备案，并同步取消市内跨区县异地就医备案，真正实现川渝两地参保群众就医结算“非申即享”。三是群众“折返跑”有了解决方案。针对成渝两地长期护理保险异地失能评估不够方便等问题，积极推动成渝两地医疗保障协同办理，探索本地受理、集中评估与异地现场评估、实地巡查相结合的工作方式，借助承办商业保险公司异地分公司点多面广优势，委托其开展异地采集，会同开展联合评审，适时上门巡查。

二、经办服务“新体验”，群众办事更加方便快捷

一是“四级体系”夯基础。在健全市、区县两级医保经办机构的基

基础上，结合医疗保障服务示范工程建设工作推进，重点建设完善乡镇（街道）、村（社区）等基层医保服务窗口，截至目前，在全市 1031 个乡镇（街道）和 11228 个村（社区）全部设立医保服务窗口，配备专兼职工作人员 12882 人。各级医保服务窗口均接入“重庆市医疗保障指挥中心”，实现统一指挥调度。二是“多方协作”拓广度。重庆、四川医保部门联合在两省市交界的川渝高竹新区设立医保服务站，共同建设、联合入驻，自 7 月揭牌运行以来，已为新区企业和群众办理医保业务 1050 余件次。与成都市医保局拟联合设立“成渝双城医保服务站”，同时承接重庆市、成都市的医保业务，推动成渝地区医保公共服务一体化发展。积极探索与银行、邮政、保险公司等企业协同开展医保服务，在合川区选派邮政快递员作为“医保助手”，走村入户指导群众办理医保业务，与商保公司合作组建“医保管家”队伍，为参保群众建立“一户一档，一人一卡”医保档案，实行精准化管理。永川、南岸等 12 个区县试点建立 27 个医保局驻医院服务站，承接个人账户关联、异地就医备案等与就医环境密切相关的 19 项业务。三是“一窗出件”提效率。强化流程再造，实现各项业务通收通办，全市 31 个区县医保大厅实现高频业务“一窗受理、一站服务、一次办结”；高新区推出医疗机构登记、医保定点办理“双医”联办审批改革举措，实现“跨部门一窗受理、跨领域联合审查、跨系统高效审批”。四是“一表申报”减程序。多部门联合推出“出生一件事”，并扩大到 13 个区县试行，实现新生儿出生医学证明、城乡居民基本医疗保险参保登记等 6 个事项一站式联办，将各个事项申请表单整合为 1 张综合表单，新生儿父母一次性便可完成线上、线下申报；高新区整合医疗机构全生命周期涉及到的 11 个事项 7 份申请表为 1 张申请表，实现医保、医疗申请事项“一表填报”。五是“一单结算”省跑腿。在全国率先实现基本医疗保险、大病保险、医疗救助、城市定制普惠型商业补充医保等多项结算内容“一单式结算”，实现参保群众就医结算只需“刷一次卡”“付一次账”“出一张单”。今年以来，我市有超过 29.56 万人次实现基本医保与城市定制普惠型商业补充医保“一单式结算”，为群众减轻就医垫付

金额超 4.86 亿元。

三、深化推广“新模式”，政策宣传更加广泛深入

一是宣传内容更加简明。通过编印《医保一本通》《居民医保政策问答宣传手册》等宣传册，绘制“1 张政策一览表”和“12 个业务办理流程”，将医保业务贯穿到一个人从出生到死亡的全生命周期中，为群众办理医保业务提供帮助，为基层经办人员工作提供业务指导，使医保政策、经办服务更贴近基层、贴近实际、贴近群众。二是宣传形式更加丰富。各区县开展“业务大讲堂”活动，重点培训工作规范、最新出台或作出调整的政策法规等；开展“进社区、进企业、进机关事业单位”活动，充分利用“赶场天”“院坝会”等形式加大宣传覆盖面，切实提高医保政策知晓度；大足区面向全社会招募医保志愿者建设“3+4+N”支有力队伍，打造医保赶场、医保进村、医保进校、医保进支部 4 大志愿服务品牌，及时有效解决群众急难愁盼问题；合川区充分发挥“医保助手”作用，在邮政公司物流车、邮递员摩托车上喷涂医保标识，形成流动广告牌。三是宣传载体更加多样。北碚区开展“送政策上门”服务，帮助企业解决医保方面存在的问题，同步建立企业服务微信群，通过“云培训”“线上直播”为企业职工答疑解惑；建成重庆市医疗保障咨询服务中心，开通“12393”医保热线，与“12345”双号并行，为群众提供应答及时、咨询有效、解决率高的医保热线服务。

四、搭建医保“新平台”，数字赋能更加智慧高效

一是医保电子凭证实现场景应用“广拓展”。实现医保电子凭证在定点医药机构扫码购药、预约挂号、诊间结算等就医全流程应用，增加个账变动提醒等功能。二是“互联网+”实现医保服务“掌上办”。大力推进居民医保参保登记、参保关系转移接续等高频医保服务事项“网上办”“掌上办”。构建以国家医保 App 重庆专区、重庆医保 App 等六位一体的线上服务渠道，实现 64 项高频服务事项“一网通办”。大力推行疫情防控期间“不见面”办理业务，90%的业务实现线上办理。

重庆市医保部门将以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻落实党的二十大会议精神，紧紧抓住人民群众最关心最

直接最现实的利益问题，采取更多惠民生、暖民心的举措，深化全市医保系统“三化一能”建设工作，提高公共服务水平，增强医疗保障服务均衡性和可及性，持续提升人民群众的获得感、幸福感、安全感。

内蒙古开展“四比四树四提升”练兵比武 全面提升经办队伍素质能力

内蒙古自治区医疗保险服务中心

为快速提升全区医保经办服务能力水平，今年以来，内蒙古自治区按照国家局医保经办规范年建设要求，积极贯彻落实国家《医疗保障经办管理服务规范化建设专项行动工作方案》，创新开展医疗保障经办管理服务规范建设“四比四树四提升”专项行动，在全区组织以“党建引领强基础，规范建设促提升，精炼内功优服务”为主题的练兵比武活动，内强素质，外树形象，在全区范围内开展练兵比武，促进医保服务“快办”“办好”。

一、“四比四树四提升”，专项推动求实效

按照专项推动，全面抓落实的工作思路，印发《内蒙古自治区医疗保障经办管理服务规范建设“四比四树四提升”专项行动实施方案》，组建成立医保经办管理服务规范化建设工作专班，拿出“啃骨头”的韧劲，以“比服务，树品牌，提升医保经办服务便捷化水平；比质效，树先进，提升两定机构结算科学化水平；比管理，树典型，提升医保基金管理治理精细化水平；比宣传，树形象，提升医保知识普及水平”为目标任务，通过完善制度，抓实行风，优化服务，选树典型等具体举措，着力织好服务规范网，穿好落地引线针，绣好便民利民花，广泛推动全区医保经办服务实现高质量发展。

一是统筹协调，分类指导。紧紧围绕窗口服务、费用报销、两定机构结算、医保基金管理四个方面工作，成立总体调度组和四个专项工作组。总体调度组负责统筹目标任务推进，专项工作组负责专项目标任务达成，包括窗口服务规范、审核结算规范、基金监管规范、宣传推广规范，形成业务上下一条线，打通业务指导直通车。

二是按月调度，年终选树。注重过程和质效把控，针对四个专项内容，以月调度，年评比的模式开展全区选树工作。总体调度组按月

调度，专项工作组全程跟进，及时发现问题，形成一月一档整改落实，同时总结典型经验全区推广。各盟市每月工作自评，按比例纳入年终评比成绩，确保专项行动出成效，出典型。

三是典型示范，全面提升。在经办管理服务规范建设“四比四树四提升”专项行动中，自治区和各盟市不断健全内控管理制度，完善服务规范，推出一系列创新举措。比如，自治区组织的“综合柜员制”练兵比武、呼和浩特市新城区海拉尔街道“新医保 心服务”，包头市“医保经办‘五零工作法’”，呼伦贝尔市额尔古纳“打造嵌入式医保服务网络，让医保成为群众的‘医靠’”，通辽市手工（零星）报销7日办结，赤峰市“7天8小时快速报销服务”，鄂尔多斯市文明街社区“基层服务站‘小医保’托起大民生”，巴彦淖尔市乌拉特中旗“建设草原医保驿站，服务群众‘零距离’”；乌兰察布市、乌海市分别开展“局长讲医保”和“医保人讲政策”系列宣传，锡林郭勒盟等多个盟市制作医保动画进行系列宣传。这些典型经验树立了医保经办的良好形象，为我区全面提升经办管理服务水平起到了示范引领作用。

二、聚焦窗口服务，夯实基础练内功

为推动“四比四树四提升”工作取得实效，我区把加强经办队伍建设作为工作重点，重点聚焦窗口经办服务，制定印发《内蒙古自治区医疗保障经办管理服务规范建设“四比四树四提升”专项行动“综合柜员制”练兵比武活动方案》，在全区开展了轰轰烈烈的练兵比武活动。

一是全面掌握医保政策，做到业务知识一口清。本着“干什么学什么”的原则，制作了练兵比武应知应会学习手册，内容覆盖相关法律、法规以及国家和自治区医保政策，对医疗保险参保管理、待遇保障、医保关系转移接续、基金审核结算、定点医药机构协议管理、异地就医等重点工作内容进行全面解读。通过开展专题学习、业务交流、业务测试，培养出一大批“一口清、问不倒”的业务骨干和能手。

二是熟练应用平台系统，做到操作技能一手精。将国家医保信息平台14个子系统应用，作为全区练兵的重点，先后组织自治区、盟市、旗县三级医保经办业务骨干，开展现场业务交流培训，建成使用

线上答题测试应用平台，编制医保信息平台操作题库，开展线上测试。同时，组建巡回指导组，赴各盟市对系统应用进行现场培训指导，并解读 DIP\DRG 工作开展要求，全区医保经办队伍系统应用能力明显提升。

三是严格规范服务行为，做到经办标准一尺明。重点围绕经办服务规范进行逐项培训和前台业务考核。印发内蒙古自治区医疗保障参保经办管理实施细则、政务服务事项清单、操作规范、“代办帮办”事项清单，同时汇集国家局印发的《医疗保障经办大厅设置与服务规范》《2022 年度内蒙古自治区医疗保障系统行风建设评价工作方案》等形成资料合集下发盟市，作为日常练兵比武培训工具书，明确业务操作规范和服务行为。

三、三级联动大练兵，提振精神砺精兵

采取“旗县练、盟市训、自治区赛”三级联动组织的方式，全面掀起练兵比武热潮。各级医保经办人员全员参与练兵，实现了自治区、盟市、旗县、苏木乡镇（街道）、嘎查村（社区）五级经办全覆盖。

一是旗县全员参练，育能兵。旗县医保经办机构是医保服务的重要承接节点，开展练兵比武以来，全区旗县医保经办机构以实战为主，不仅组织全员参练，全员参比，而且围绕经办服务下沉，积极争取当地政府部门支持，将苏木乡镇（街道）、嘎查社区（村）基层服务站点医保工作人员全部纳入练兵范围，统一培训、统一规范，同起跑线比武选拔，基层优秀能兵不断涌现，医保服务群众满意度越来越高，形成以练促学、以比促干良性循环，基层优秀能兵不断涌现。

二是盟市骨干培训，选强兵。各盟市作为集中学习练兵的主阵地，按照自治区要求，积极组织盟市及以下四级经办机构全面开展培训和练兵比武，优中选优，选拔业务能手，检验基层练兵效果。通过业务培训、模拟操作、观摩学习，对经办人员的政策解答、业务系统操作、群众诉求沟通解释、服务礼仪等开展全面的练兵，并通过业务竞赛等活动，组织各旗县区晒成绩、比能力、亮形象。经过旗县练兵推荐，盟市比武选拔，最终遴选出盟市级业务强兵 39 名进入全区比武大赛。

三是自治区比武大赛，树标兵。为进一步检验练兵比武成效，在全区营造人人学政策、钻业务、练技能、强服务的氛围，自治区适时组织开展了首届医疗保障经办管理服务规范建设“四比四树四提升”专项行动“综合柜员制”练兵比武大赛。赛前成立材料组、题库组、会务组、裁判组、后勤保障组、宣传组、疫情防控组，并印制大赛规程、大赛纪律、大赛评分细则等，确保大赛公平公正、规范有序、高质高效开展。大赛以现场电脑答题形式开展，经过知识竞赛、理论测试、实务操作3个环节，角逐产生团体一二三等奖、优秀组织奖和自治区级盟市、旗县岗位标兵。通过以比促练、以赛促训的方式，培养打造了一批综合素质高、业务能力强的医保经办标兵，通过示范引领，全面提升我区医保经办队伍服务能力和水平。

为民服务永无止境。内蒙古自治区在各级医保经办同仁的努力下，经办服务水平显著提升，群众满意度不断提高，自治区12345政务服务便民热线医保类问题解决率、满意率均居全区前列，医保服务“好差评”好评率达99%以上。

下一步，我们将深入学习宣传贯彻落实党的二十大精神，始终坚持以人民为中心的发展思想，不断采取更多惠民生、暖民心举措，着力解决好人民群众急难愁盼问题，持续提升医保经办服务水平，用新时代医保人的使命担当，写好温暖的民生答卷。

山东省：以四个规范促进四个提升 全力打造医保经办管理服务齐鲁样板

山东省医疗保险事务中心

山东省医疗保障局在国家医疗保障局的精心指导下，按照全国医疗保障经办管理服务规范建设专项行动部署，在全省医保经办系统全面开展规范提升专项行动，大力实施“医保便民服务”“两定机构结算”“医保基金管理”“信息化应用”四项规范提升工程，实现医保经办标准化、规范化、精细化、便捷化“大提升”，全力打造医保经办管理服务的齐鲁样板。

一、开展医保便民服务工程，实现标准化水平再提升

始终把参保群众满意度作为衡量医保服务水平的根本标准，持续推进医保服务优化提升，实现群众办事报销简简单单。一是**统一办**。按照“四个最”“六统一”目标要求，印发《山东省医疗保障经办政务服务事项清单（2022版）》和《全省统一医保经办服务办事指南（2022版）》，组织开展非清单事项清查，实现全省所有医保经办服务事项“一张清单管到底”。二是**简化办**。大力实施流程再造，坚决取消不必要的环节和手续，持续推进减材料、减流程、减时限，累计制定15项医保经办服务地方标准，申办材料整体精简49.8%，办理时限整体压缩68.2%，办事环节整体减少42.7%。三是**就近办**。在全省制定出台加强基层医保工作站（点）建设的指导意见，依托基层政务服务中心、乡镇卫生院等场所设置医保工作站，全省建成运行的医保服务站点达到2.9万家，打造“15分钟医保服务圈”，基本实现了小事不出村、大事不出镇。四是**明白办**。组织开展基层“医保明白人”培训工程，省级层面制作高质量公共课程，开发线上模块教学功能，大力推广线上、线下相结合的培训方式，打造一批“医保明白人”，培养一批“活字典”“政策通”，做到“一口清”“问不倒”。

二、开展两定机构结算工程，实现规范化水平再提升

聚焦定点医疗机构费用审核结算关键环节，全面开展审核结算专项治理，实现定点医药机构费用结算明明白白。一是聚力 DRG/DIP 付费规范。制定全省统一 DRG/DIP 经办规程，18 个统筹区全部启动 DRG/DIP 付费，付费病组（病种）覆盖率达到 95.7%。筑牢数据基础，医保基金结算清单数据上传准确率达到 96.0%，全省职工和居民住院次均费用分别同比下降 4.2% 和 2.6%。二是聚力协议履约考核规范。制定出台《定点医疗机构协议履行评价规范》地方标准，对定点医疗机构医疗保障政策、服务协议履行、服务质量等方面进行考核评价，考核结果与年终清算、服务协议续签、信用建设等挂钩。聘请第三方专业机构，对定点医疗机构次均费用、CMI 指数、病种变化情况 etc 指标进行综合评价，医保服务能力全省统一排名，推动两定机构为参保人员提供优质高效服务。三是聚力审核结算规范。制定印发全省统一的医保费用审核结算规程，明确审核结算岗位职责和具体流程。利用全省统一的医保智能监控系统，实现初审 100% 全覆盖。及时更新智能审核“知识库”，定期调整完善“规则库”，推动人工审核向全面智能审核转变，实现事前提示、事中预警、事后监督全过程监管。

三、开展医保基金管理工程，实现精细化水平再提升

全面推进医疗保障基金精细化管理，筑牢医保基金安全网，实现医保基金管理清清楚楚。一是强化制度管理。根据《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》，制定印发收支控制制度、基金对账制度、财务操作规程等 16 项配套制度，做到资料受理、待遇审核、资金拨付、对账记账、稽查审核的全流程闭环管理，构建起制度、经办、信息、监督“四位一体”的基金安全保障体系。二是强化内控管理。聘请会计师事务所，针对经办机构内部控制风险防控清单中 76 个核心环节，在全省全面开展医保基金内控检查，地市级每年至少检查评估 1/3 以上县（区）级经办机构。选择部分市开展内控子系统应用试点的基础上，全面推动内部控制子系统的应用，将内控制度嵌入内控信息系统，实现制度和技术紧密结合。三是强化运行管理。建立全省

医保智能统计报表系统，实现统计报表数据生成、审核、归档、分析的全流程管理。完善医保基金运行分析指标体系，建立每月通报、按季分析的预警和警示机制，运用数据分析把握基金运行动态及发展趋势，累计印发 9 期医保基金运行分析通报。在全省开展精算（统计）分析应用典型案例评选，提升精算技术应用能力和水平。

四、开展信息化应用工程，实现便捷化水平再提升

坚持以用立业、以用促优，加快提速医保信息化建设，实现医保经办服务方便快捷。一是**巩固“一个平台”**。推动全省医保信息平台各业务子系统全面落地应用，打造可用、好用、实用的医保信息系统。持续在应用中优化平台功能，切实做好系统的功能完善、权限维护、运行测试、系统培训等工作。二是**发送“一条短信”**。扎实开展手机号码数据治理工作，累计完成 3183 万条参保人手机号码比对和治理。建设省级集中的短信管理平台，与金融机构、商业保险公司、定点医药机构进行系统对接，制定 21 项政务服务公共服务事项短信发送模板，协调商业银行开通个人账户资金变动免费短信提醒服务，签约人数达到 1252.66 万人。三是**用好“一张网”**。完善互联网医疗保障综合服务平台，积极开展在线问诊、慢病续方、在线结算等一体化、专业化、链条式服务，让群众充分享受医保改革发展带来的红利。构建实体大厅与网上平台、移动终端、自助终端等互为补充的全方位经办服务格局，政务服务事项线上可办率达到 100%。普通门诊跨省联网医疗机构 5767 家，实现一级以上医疗机构全覆盖；门诊慢特病跨省联网医疗机构达到 291 家，提前实现 136 个县（市、区）全覆盖。四是**推广“一张凭证”**。全省医保电子凭证激活人数达到 6622.2 万人、开通定点医药机构达到 6.2 万家，数量均位居全国第一。深化医保电子凭证应用，实现医保个人账户“家庭共济”和“混合支付”，极大方便了群众就医购药。

下一步，山东省将深入贯彻落实党的二十大精神，按照国家局的部署要求，全面推动规范建设专项行动深入开展，持续健全医疗保障经办管理服务体系，切实提升经办管理服务质效，不断增强医疗保障领域人民群众的获得感、幸福感和安全感。

省市县三级“走解优”行动 助推医保经办流程“三步走”、办事“三转变”、服务“三提升”

湖南省医疗生育保险服务中心

一、基本情况

习近平总书记多次指出：“江山就是人民，人民就是江山。”今年以来，湖南省深入落实国家医保经办规范建设要求，全面组织开展省市县三级医保政务窗口“走流程、解难题、优服务”行动（以下简称“走解优”行动），围绕解决部门痛点、工作堵点和群众难点问题，实行流程“三步走”、办事“三转变”、服务“三提升”，有力提升了人民群众的医保获得感和满意度。

二、主要做法

（一）聚焦部门痛点，推行流程“三步走”。一是推动党委政府领导带头走流程。把国务院、省政府年度真抓实干督查激励和国家医保规范建设等工作要求压实到地方，把“走解优”行动作为优化医保经办的重要抓手，落实党委政府的主体责任。据统计，今年全省14个市州有139名市州和县市区党委政府领导，以服务对象和经办人员“两种身份”、线上和向下“两种方式”，现场办理体验医保政务服务事项。二是推动医保部门负责同志全面走流程。省医保局主要领导和班子成员通过政务服务大厅“窗口办”、自助打印机“自主办”、“湘医保”微信公众号“掌上办”、“互联网+政务服务”一体化平台“网上办”等渠道，带头体验省本级政务服务事项的办事流程，示范带动市县医保部门负责同志“走流程”。目前，全省医保系统共440名局班子成员及相关部门负责同志采取模拟走、坐窗走、陪伴走、代办走“四种形式”，排查医保政策落实、窗口服务、行风建设等方面存在的突出问题。三是开展青年干部深入走流程。据统计，全省医保系统共有336名青年干部聚焦“一件事一次办”事项、群众“急难愁盼”事项和重点难点事项，紧紧围绕办事服务是否快捷方便、办事流程是否优化精简、线上线下

是否融通融合等方面，对医保政务服务开展全面体检，形成问题清单、建立整改台账。

（二）直面工作堵点，推动办事“三转变”。一是拓展网办渠道，由“线下跑”向“网上办”转变。不断优化完善“湘医保”平台功能，及时上线信息查询、业务经办、凭证打印等模块，方便参保人随时随地查询医保信息，自行下载打印加盖全省统一电子印章的参保凭证、特门和“双通道”待遇凭证，以及办理异地就医备案、跨省基本医疗保险关系转入和转出、基本信息修改等高频事项。针对参保群众反映强烈的医保待遇“来回跑”的问题，开通全省个人账户（实虚账）跨地区医院药店消费使用，试点推进医保移动支付以及生育津贴、“特门”待遇和“双通道”管理药品待遇认定的线上申报和专家评审模块应用。二是精简办事流程，由“一次办”向“即时办”转变。按照服务质量最优、所需材料最少、办理时限最短、办事流程最简的“四最”原则，进一步下放审批权限、缩短办事时间，实现全省医保经办 11 个“一件事一次办”事项即办即结。推行“快办”服务，开发应用零星报账医院线上申报模式，提高零星报账结算效率，实现积压清零。三是强化部门对接，由“分头办”向“协同办”转变。多次与省政务、卫健、人社等部门对接，加快推进省政务一体化平台、基层卫生平台、社保金保工程等系统与新医保信息系统的对接调试和优化，推动“新生儿出生”、“老年人身故”等事项“多件事一次办”，办事群众可以通过政府平台或医保平台，在家门口享受医保全程网办服务。

（三）回应群众难点，推进服务“三提升”。一是夯实基层基础，着力提升服务便捷性。印发加强全省医疗保障经办服务体系和综合能力建设工作的指导性文件，组织召开全省医保经办服务体系建设动员会议专门部署，推动全省经办体系“12345”工程建设，推进 11 项医保服务下沉基层，基本构建形成了全省“15 分钟”医保便民服务圈。武陵源区“医保快递”、浏阳市“医保驿站”、新田县“医保直通车”、永兴县“医保联络员”等各具特色的湖南基层医保服务新模式遍地开花。二是围绕群众关切，着力提升服务精准性。根据国家最新工作政策要求，

动态更新医保政务公共服务清单和办事指南，编印“温馨提示”便民卡、医保政策系列宣传手册，同时推出医保窗口二维码办事指南，参保群众通过微信扫码即可获取办事流程和申报表电子档。在新医保信息系统新增“零星报销进度查询”“生育津贴进度查询”模块，方便参保人全流程查询办事进度。为解决老年人办事难的问题，设置老年人帮代办专窗，随时为老年人及特殊人群提供政策咨询、办事指引、填报资料、复印打印等全流程的导办、帮办、代办服务。三是立足经办实际，着力提升服务高效性。结合全省“清廉医保”窗口创建和“医保治理能力提升年”活动，编印《湖南省医保经办机构业务咨询电话号码表》手册，方便全省市县医保经办人员和参保群众查询办理医保各项业务。开通全省医保 12345 政务热线，制定工作规程，安排专人限时办结。今年省本级启动以来派单办理 280 余件，提供医保咨询、业务办理和投诉处理服务 7600 余人次，其中，移交市县经办机构处理 3000 余件次，有效推动了参保群众急难愁盼问题的解决。

三、工作成效

全省医保“走流程”行动开展以来，紧扣国家规范建设“办事简简单单、结算明明白白、基金清清楚楚”等要求，得到了各级党委政府和医保部门的高度重视，取得了一定工作成效。一是推动了医保经办问题排查更准。全省医保系统“走流程”共发现问题 350 余项，即时整改 220 项，限时销号 100 余项。同时收集汇总新医保信息系统运行过程中发现的问题，研究解决系统优化需求 180 余项，新医保信息系统的稳定性进一步增强。二是推动了医保经办体系建设更实。目前，全省共有 1947 个乡镇（街道）可提供 7 项以上医保服务（含待遇支付类事项的申报受理服务），占全部乡镇（街道）总数 97%；2.6 万个村（社区）可开展医保帮办代办服务，占全部村（社区）总数 92%。三是推动了医保便民服务更暖。今年以来，全省医保政务窗口的办件量和政务服务“好差评”考核成绩稳居各政府部门前列，“12345”政务工单和各类信访件处办率 100%，群众满意度达到 99% 以上。

“四个机制”提升医疗保障经办服务规范化建设

北京经济技术开发区社会保险保障中心

医疗保障经办工作是直接面向广大参保群众的“窗口”，是将制度优势转化为治理效能的中间关键环节，是医疗保障服务能力的具体体现。北京经济技术开发区社会保险保障中心（以下简称为“中心”）充分结合区情实际，探索创新工作机制，助力提升医疗保障经办服务效能。

一、基本情况

北京经开区基本医疗保障网已覆盖亦庄新城 225 平方公里近 80 万参保人员，对保障经开区民生健康、社会和谐、经济发展发挥了“稳定器”和“减压阀”的作用。为全面提升医保经办管理和公共服务水平，加快建设统一、规范、优质、高效的医保经办管理服务体系，推动新时代医保精细化管理和高质量发展，中心自 2019 年成立以来，牢牢把握“小机构大保障”的职能特点，聚焦区域区情实际，狠抓经办服务规范化，围绕**统一审核结算标准、完善风险防控流程、优化监督检查方式、精准分级分类施策**推出一系列工作举措，探索形成医疗保障基金“审管一体”工作机制，将医疗费用审核与定点协议管理有机结合，切实提高医保基金使用质效。

二、主要做法

（一）实行“一单一审”全覆盖审核

中心坚持以审核为抓手，构建全险种医疗费用“收-审-支”闭环式审核机制。一是针对所有医疗费用进行逐笔审核，依托三大目录库及现行的历年医保政策规定，做好费用审核工作。自中心成立以来，共完成审核医疗费用 52.25 万笔，基金支付 22.04 亿元。二是制定的《北京经济技术开发区社会保险保障中心“审管一体”医疗费用拒付工作流程（试行）》，成立审管一体工作小组，针对费用审核发现的疑点问题，核查医药机构相关病历资料，查找政策依据，由主管领导牵头，

组织业务骨干及医保专家委员会召开专题讨论会，形成科学性、合理性的集体拒付决策，确保审核拒付“事实清楚、依据正确、处罚合理”，并将拒付结果函告相关医药机构。三是指派专人定期归纳汇总费用审核过程中的难点、疑点，定期组织审核问题培训，并根据医保政策动态调整及时更新完善，形成《医疗费用审核标准工作指南》，有效提升审核能力和审核质量。

（二）实行“一环一控”全链条防控

为切实加强审核结算规范化，维护基金安全运行，中心打造经办业务五级风险防控机制。医保费用审核链条长、环节多，从初审、复审到结算支付，中心严格执行邻岗互斥原则，通过梳理业务事项，充分评估每一个环节的风险等级，分析风险产生的原因，研判风险产生的后果，确定风险防控措施，形成廉政风险防控流程图，制定《北京经济技术社会保险保障中心经办业务廉政风险防范管理流程汇编》，实现对基金运行事前、事中、事后全流程监管，及时防范化解基金安全风险，提升基金防控能力。截止 2022 年，中心根据业务和政策调整及时修订风险防控流程图，梳理更新流程 97 项、风险点 420 个。

（三）实行“一案一检”全方位体检

为持续提高医保基金使用质效，中心完善岗位设置，强化部门联动机制，促进医疗保障基金审管工作集成化。一是从“个案抽查”向“全面体检”转变。中心制定《北京经济技术开发区社会保险保障中心“审管一体”现场检查工作制度》，通过费用审核发现存疑问题，引导精准开展现场检查；通过现场检查、个人筛查发现共性问题，反馈形成审核方案，实现监管重点“月度有部署、季度有调度、年度有规划”，形成无缝衔接、同步促进、良性循环、协调有序的监管合力。二是健全“通报、约谈、自查、整改”的“四位一体”的管理机制。通过动态监测两定机构基金使用情况，选取重点项目领域的典型问题进行曝光，对超支预警、违规频发的定点机构开展重点约谈，压实责任，结合现场检查、自查自纠结果形成的违规问题清单，督促定点医药机构切实完成整改工作，实现每年对两定机构全覆盖约谈。

（四）实行“一院一策”全维度施策

为推动协议管理提质增效，提升医保经办管理能力，中心根据不同医疗机构的特点，建立“一院一策”风险管控机制。一是分类精准施策。针对新增机构重点进行医保政策培训，加强医务人员的医保意识；针对既往机构，聚焦院端频发违规行为进行重点监管；针对不同办医主体机构的就医人群及病例特点，制定不同的监管计划；针对总额预算管理各项重点指标进行动态监控，加强日常数据分析。二是畅通业务沟通渠道。与定点机构建立对口联络机制，设专人负责业务对接，提供事前咨询、事中指导、事后纠错，确保医疗机构医保工作高效开展。三是建立经办议事机制。针对发现的违规问题为每一家医疗机构建立违规台账，明确违规类型、违规事项、违规详情、违规金额，形成风险管控台账，定期召开疑难问题研讨会，及时调整风险管理方向，确保所有审核监管程序规范化。

三、发展成效

（一）经办规范化

通过建立“审管一体”工作机制，实现经办服务和基金监管专业化、规范化。一是通过定期研判讨论，形成了涵盖全险种 333 条统一审核标准，减少由于审核人员不同导致的审核质量偏差，进一步提升了审核的质量。二是通过定期与医疗机构、行业专家开展审核研讨工作，开组织业务培训 257 期、研讨 28 次，进一步提升了能力建设。截至目前，共汇总医疗机构 8 种违规类型，30 种违规事项，138 条违规详情，拒付医保基金 24.61 万元，追回医保基金 43.27 万元，拒付率及追回率位居全市前列。

（二）管理精细化

通过健全制度化、标准化的工作机制，实现经办服务和基金管理精细化。中心制定专业精细的内部管理规范。中心按照“综合受理、分类审核”管理模式，坚持“权责统一、受审分离、岗位或环节互斥”原则，形成包括岗位职责、管理制度、政策规程、案例培训、经办系统操作教程等经办工作指南。中心制定的《社保医保业务廉政风险防

范管理流程汇编》被中国人民大学劳动保障学院收录。

（三）服务集成化

通过费用审核与协议管理双管齐下协同经办，形成全险种“一窗式受理、一次性告知、一站式服务、一次性办结”的“四个一服务体系”，缓解了经办工作压力，有效解决了报销压单问题，大幅减少了在途业务数量，报销款项到账周期缩减近一半。同时帮助每一家定点机构查找问题、分析原因，从源头规范诊疗行为，有效提高了基金使用效率，缓解了“医、保、患”之间矛盾，切实提升了医疗保障经办工作在公众心中的认可度、信任度、满意度。截至目前，中心共收到各级表扬信45封、锦旗7幅。

中心将始终谨记“中国医保、一生守护”的光荣使命，立足深化医疗保障制度改革新发展阶段，紧扣医保高质量发展时代主旋律，坚持稳中有进、进中有序、序中有质的工作总基调，着力探索创新经办服务模式，持续提升北京经开区医疗保障经办治理和管理服务水平。

小病不出村 看病有医保

——眉山市贯彻落实习近平总书记对乡村医疗卫生体系建设重要指示精神

四川省眉山市医疗保障局

今年6月8日，习近平总书记赴眉山市东坡区太和镇永丰村调研，亲自走进永丰村卫生室询问医疗保障情况，强调“要加强乡村卫生体系建设，保障好广大农民群众基本医疗”。眉山市以狠抓村卫生室定点工作、破解基层医保堵点为抓手，认真落实习近平总书记重要指示精神，让医保力量成为最基础、最基层的村级卫生体系发展引擎，实现农村群众“小病不出村，看病有医保”的长久期盼，进一步筑牢了农村群众的健康基石。

一、基本情况

眉山市有常住人口近300万人，其中60岁以上的农村老人有46万人。长期以来，农村老人的日常小病都习惯依靠附近村医治疗，但由于多数村卫生室受各种因素影响没有成为医保定点机构，农村老人在村卫生室看病不能报销，去乡镇卫生院或者县（区）医院看病耗时又费力，“看病远、报销难、参保不积极”的问题十分突出。为贯彻落实习近平总书记对乡村医疗卫生体系建设的重要指示精神，眉山市今年将“200个村卫生室纳入医保定点工作”经市人大票决，列为全市重点实施的民生实项目高位推进，专门针对村卫生室定点工作出台扶持政策，对医保预算额度、基金划拨方式、定点建设运行成本、基金监管等阻碍村卫生室定点申请积极性的问题，逐一给出解决办法，破解医保服务在农村的“断层”现象，满足农村群众就近看病报销、享受医保待遇的需求，着力提升农村群众在医疗保障方面的获得感和幸福感。

二、主要做法

（一）紧扣村医顾虑，攻破“三大障碍”，筑牢村卫生室定点基础。

贯彻落实习近平总书记关于“老百姓的事，要实实在在地干，干一件是一件，干一件成一件”的指示精神，紧扣村医对村卫生室纳入医保定点的各种顾虑，逐一攻坚、各个击破。一是配套软硬件设施，破解经费不够问题。作为市人大票决重点民生实事项目，由区县财政负责全额出资，为符合条件的村卫生室提供软硬件建设，配备专用电脑、打印机等设备，铺设开通“基卫”专网，将卫健基卫信息系统与医保信息系统有效对接，建立进销存管理系统，并保障每年网络运行经费。着力解决村医担心自掏腰包买设备，长期负担运维、网络费用，入不敷出的问题。二是加强培训指导，破解能力不足问题。选点县（区）先行先试，探索出可复制经验后召开现场会，推广先进做法。各县（区）围绕医保政策、系统操作、诊治技术等内容，结合实际对纳入定点的村卫生室工作人员开展形式多样的知识培训，再选派工作人员一对一反复驻点指导，确保村医系统能操作、医保会报销。着力解决村医担心系统操作复杂，不会刷卡报销的问题。三是强化正面引导，破解基金监管误区。在村卫生室纳入医保定点前，在各县（区）分别召开村医座谈交流会，详细解读“村卫生室纳入医保定点”的文件精神，将可能出现的因村医无知导致的医保违规行为进行逐一系列和分析，让村医掌握医保基金使用“雷区”，一方面防范医保基金的损失，另一方面打消村医认为“定点后医保管得宽、医保罚款比收入多”的定点顾虑。着力解决村医对医保政策一知半解，惧怕监管的问题。

（二）建立直付机制，保障“两大收益”，激发定点村医服务干劲。

贯彻落实习近平总书记关于“落实乡村医生待遇”的指示精神，用多劳多得的支付政策、打通薪酬直付屏障，激励村医不断提高自己的医疗能力和服务水平。一是建立医保收入直付机制。在村医医疗业务管理体制不变的前提下，在基卫信息系统里为村卫生室开设单独的机构码，并向国家局申请在医保信息系统里为村卫生室赋予独立的医保机构码和医保医师码，确保村医既能接受所属乡镇卫生院的业务管理，又能准确统计医保应支付金额并定期将相应费用直接转入村卫生室帐户。直付机制的建立，进一步增强了村医纳入医保管理的获得感和

积极性。二是保障村医人头诊治费用。以该村城乡居民的总参保人数和每年人均看病人次来预算村卫生室诊疗人头费用总额，按人次计算医保支付的一般诊治费用，充分激活毗邻地区村医在诊疗技术、服务水平上的竞争力，形成正向激励的良性互动循环，让医技水平更好的村医吸引附近更多参保患者看病，获得更多的一般诊治费用收入。三是保障村医签约服务费用。眉山家庭医生签约服务费定为 60 元/年·病人，其中：医保基金支付 50 元（为全省最高），公共卫生经费支付 10 元，由所属乡镇卫生院统一管理，根据村卫生室参与家庭医生签约服务的实际考核情况，按相应比例进行分配，充分激发村医提供家庭医生签约服务的内生动力。

（三）承接“两病”管理，提供医保服务，夯实农村群众医疗保障。

贯彻落实习近平总书记关于“提高基层防病治病和健康管理能力”的指示精神，进一步延伸和拓展医保服务末梢，赋予村卫生室及村医更多使命和职能。一是承接“两病”管理服务。将“两病”（糖尿病、高血压）签约管理服务下沉至定点村卫生室，建立由县级医疗团队或县级层面综合医院牵头，乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、村卫生室（站）共同构成“两病”管理服务体系，村医化身家庭医生，负责常态化开展健康档案管理、“两病”随访、健康教育、送药上门及基础医疗服务，担当农村群众的健康守护者，从源头管理和防范“两病”变大病、重病，大幅提升农村群众健康水平。二是开展医保网格服务。拓宽医保网格化服务管理工作的内涵与范围，由定点村卫生室村医与村网格员共同配合开展医保政策宣传和参保动员等工作，协助办理或代办相关医保业务，担当医保工作的“信息员”、医保政策的“宣传员”、医保基金的“监管员”、医保服务的“代办员”，进一步织密织牢全域覆盖的医保网格化工作体系，着力提升农村群众医保服务的便捷性和可及性。

三、主要成效

（一）实现就近就医报销，农村群众更加满意。眉山市“200 个村卫生室纳入医保定点工作”作为市人大票决重点民生实项目，已超额完成全年目标任务，共有 227 个村卫生室纳入了医保定点，覆盖

225 个行政村，已为 1.7 万余名群众提供了医保报销服务，报销金额 22.94 万元，受到了广大农村群众，特别是边远地区老年患者的一致好评。

（二）健全医保服务网络，居民参保更加积极。村卫生室纳入医保定点以后积极参与医保网格化服务工作，为农村群众全方位提供医保政策宣传、医保代办服务等，大大提高了农村群众的参保积极性，截至目前，2023 年眉山市城乡居民参保缴费人数达 24.52 万人，超去年同期 5.6 万人。

（三）落实基层“两病”管理，群众健康更有保障。通过让定点村卫生室村医为“两病”患者定期提供随访诊疗服务，大大充实了眉山市作为国家“两病”门诊用药保障专项行动示范城市工作力量，有效提升了全市人民健康水平。经统计，“两病”首诊主诊断的患者住院率呈下降态势，病情有效控制率平均提升 10 个百分点。

以标准为引领 以服务为中心 打造沈阳医保从业人员智能管理新模式

辽宁省沈阳市医疗保障事务服务中心

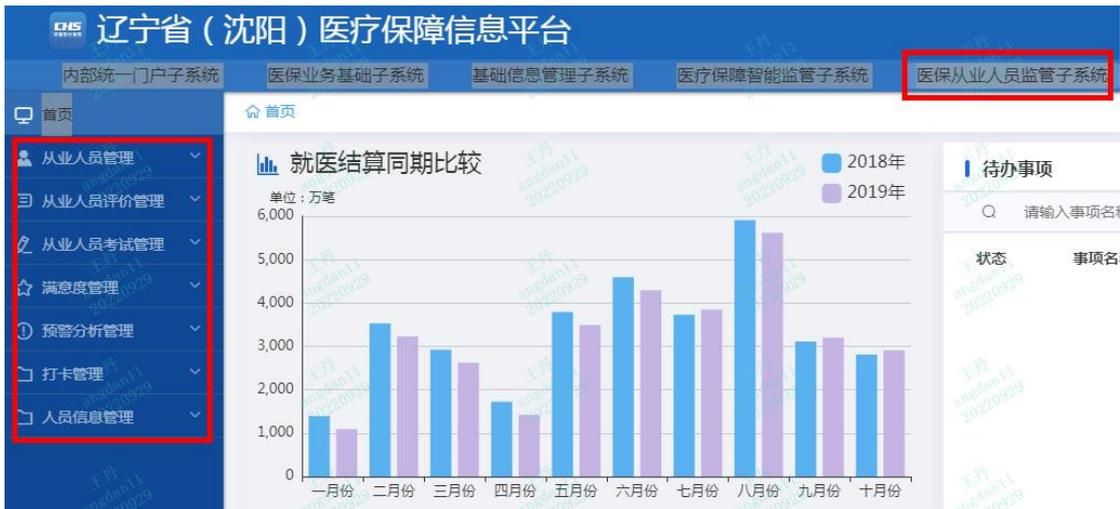
为贯彻落实国务院办公厅印发《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）文件精神，提升医保治理能力，深度净化制度运行环境，严守基金安全红线，沈阳医保全力推动医保从业人员智能管理系统建设，规范经办服务管理，打造了对医保从业人员的智能管理新模式。

一、案例基本情况介绍

随着医保基金监管不断深入，精细化管理要求不断提升，监管对象已由医药机构延伸至医保从业人员，传统的从业人员管理模式面临挑战。管理缺位、信息滞后、效能低下、沟通不畅的问题不断显现。

沈阳医保从“管事先管人”理念出发，成立工作专班，围绕从业人员管理这一课题，探索发展新路子。2021年9月，沈阳医保从业人员执业信息智能化管理系统（简称“智能系统”）应运而生。它以国家医保信息平台为基础，应用贯标数据，运用大数据、生物识别等新技术手段，拥有医保从业人员信息管理、培训考试、监管分析等多重功能。

通过智能系统，实现对7727家定点医药机构医师、护士等11类近10万名医保从业人员管理，大幅提升信息处理能力，有效提高沟通效率，实现了医保从业人员全领域、全监管、全覆盖服务管理新模式。



医保从业人员智能管理系统



监管服务管理维度列示

二、案例主要做法

(一) 打造“三化”能力，全面夯实基础

一是制度系统化。以《沈阳市医疗保险定点医疗机构医保医师管理办法》为引领，通过智能系统对医保医师备案、违规处理、监督考核等制度逐一落实，优化从业人员信息申报、审核、备案流程。

二是数据标准化。以国家 15 项业务编码贯标为基础，通过智能系统深化医保从业人员信息应用，建成覆盖全工作流程的标准化数据库，实现从业人员、医药机构、医保中心三方数据联动，为精细化管理、大数据应用打下基础。

三是信息全面化。以智能系统与医保信息平台无缝对接为路径，智能系统与公安、民政、人社等数据共享，将医师处方权限与医保信息平台数据关联，规范医师处方数据上传，让医师等人员数据与医保信息平台有效融合。

（二）优化核心功能，创新突破发展

一是信息填报自助功能。智能系统提供个人自助填报信息功能。经移动端采集数据，改变以往单位集中报送模式，优化服务绩效，严把数据关口，分级核验信息，完善个人初审、医院复审及中心终审机制，保证了从业人员信息采集的准确性和时效性。

二是线上培训考试功能。智能系统具备发布学习资料，线上培训考试的功能。2022年完成近万人次线上培训考试，定期发布制式化培训课程及政策资料，从业人员对医保政策的掌握明显提高。在新冠疫情背景下，该功能在专家遴选方面作用显著。

三是执业行为管理功能。智能系统设置执业行为管理功能，应用生物识别技术远程打卡，将人员打卡信息与执业地点比对，杜绝冒名顶替；利用执业时间地点等信息进行执业时空分析，筛查从业人员同一时间在不同地点执业的合理性，加强多点执业管理，弥补管理人员不足的短板，将工作落到实处。

（三）激励约束机制，促进行业自律

一是处方回溯机制。建立高值药品单人多点处方回溯机制，通过知识库科学控量，利用大数据技术，深挖处方数据，重点分析高值药品用量合理性，对疑似违规医师线上提醒，严格约束医师“处方笔”。

二是绩效管理机制。建立从业人员绩效管理机制，落实处方权、记分及协议等管理制度，夯实诚信体系，采取实名制信用记分，建立信用档案，实施绩效考核。

三是社会监督机制。建立社会监督机制，患者通过系统查询本次就诊信息，进行满意度评价。通过信息公开、投诉举报等措施加强诊疗行为社会化监督，推动从业人员改善服务态度、提高控费意识、规范诊疗行为。

三、取得的发展成效

(一) 从业信息管理更高效、更精准、更完善

智能系统上线前每年新增及变更从业人员信息近 4 万人次，上线 1 年内累计新增及变更 12 万人次左右，增长 200%。智能系统上线后，从业人员实时掌握从业动态，即时更新个人信息，确保信息准确，医保经办效率显著增强，精细化管理水平明显提高。

(二) 专家遴选更科学、更公正、更透明

通过智能系统的培训考试功能，累计完成 7767 人次专家审核入库，覆盖病历审核、定点医疗机构评估及 DRG 谈判等专家类型；实现按医院等级、科系、医生职称等方式分配专家资源，采用双随机多口径方式公开专家抽取工作，目前已进行了 430 轮次病历审核、门诊规定病种认定等专家抽取工作，充分体现病历审核、DRG 谈判等工作的科学性、公正性。

(三) 双向交流更省时、更直接、更有效

智能系统通过沈阳智慧医保微信公众号实现了医保政策点对点触达，各层级各环节政策接收时效大幅提升，更实现了各方点对点沟通。从业人员通过智慧医保微信消息接收考核结果，向医保经办机构建言献策，上报问题、反馈信息、沟通协调，交流渠道更直接，建立了与医保经办人员良性互动，有力推动从业人员管理水平再上新台阶。



系统建设特色

一直以来，沈阳医保始终恪守“以人民健康为中心，为群众办实事”理念，坚持高质量创新突破发展，全国首创。以医保信息平台为依托

构建了医保从业人员执业信息管理系统,已落地 88 个功能模块,取得了显著成效。后续,我们将通过总结分析、检视评定、征求意见等方式不断完善,保障医保基金安全,更好的服务于人民群众。

坚持发展新时代“枫桥经验”打造枫桥式医保经办服务模式

浙江省绍兴市诸暨市医疗保障管理服务中心

一、基本情况

诸暨医保中心坚持以党的建设为统领，围绕民需民盼，瞄准群众办事面临的痛点、难点、堵点，将经办管理服务与“枫桥经验”相结合，深化医保领域“放管服”改革，充分运用数字化改革成果，通过以法治立规矩、以智治撬动力、以自治增活力、以德治凝合力，最大限度地释放了医保经办服务效能，打造了“枫桥式”医保经办服务模式。

二、主要做法

1.以法治织牢规范医保保障网，压紧医保服务标准化

依法健全优化医疗保障基金内控体系。依照《医疗保障基金使用监督管理条例》、《浙江省医疗保障条例》等，诸暨医保中心扎牢权力网，编制诸暨医保中心权力运行“四责协同”权责清单 11 项，画好权力运行流程图，构建权力运行全过程监督闭环，做到环环相扣，互相制衡，使各类风险得到有效控制。

依法健全医疗保障服务规范标准。诸暨医保中心严格贯彻落实全省统一的清单指南，在上级医保经办标准的基础上，下发了《经办窗口首问责任制度》等多个制度通知，建立健全一次性告知和信息公开等制度建设。

2.以智治赋能数字医保智能网，推进医保服务便捷化

推行“网办掌办”。以政务服务 2.0 建设为契机，完成 30 个事项成功“上线”，2021 年，网办掌办数量达 80 万余件，网办率 87.8%。

落实“一件事办”。依托诸暨市“一证通办”3.0 系统，打破部门间信息孤岛，实现信息共享与应用，落实“一件事”办理。2021 年累计办理“一件事”3.15 万件，极大方便了参保人员及参保单位。

打造“15 分钟办”。根据医保领域“放管服”改革要求，完善了镇村延伸下沉，扩面“医银联通”，推进跨省异地就医直接结算，建设了“15

分钟服务圈 2.0 版”。

实现“零距离办”。创建“医保到家”应用场景，通过数据集成、流程再造、多元协作，依托“两图两机两人”，实现医保业务“村里办”、医保药品“村里购”、医保服务“村里享”、医保共富“村里帮”、医保政策“村里答”。

3.以自治织密全民医保组织网，促进医保服务社会化

医保服务团队组成社会化，由“小马拉大车”转变为“群马拉大车”。目前，诸暨各乡镇已形成由 1 名医保专员+N 名村干部、志愿者组成的医保服务队。他们解答政策咨询，日常走访，依托“枫桥社会治理系统”上报信息等，保证了政策下得去，民情上得来，形成了良性循环的“双车道”。

医疗保险体系结构社会化，由单一基本医疗保险转变为保基本、多层次、全覆盖的医疗保险体系。扎实推动商业补充医疗保险，主动完善普惠型健康补充保险体系。2022 年 1 月，退休教师杨老师送来了锦旗，原来“越惠保”报销了不在医保范围内的 2 支维布妥昔单抗，共计理赔 18744 元，减轻了其看病压力。2021 年度，通过“越惠保”获赔人数达 13963 人，赔付金额 6523.04 万元，赔付率 90.64%。

4.以德治织实温情医保情感网，保障医保服务暖心化

派驻“医保专员”，解决群众反映的“条款看不懂、政策不会用”的问题。陈展是派驻枫桥镇的医保专员，他和志愿者走访时，发现百树社区洪师傅因患强直性脊柱炎长期卧病在床，就主动为洪师傅申请低保低边因病致贫救助，还第一时间帮助洪师傅追溯报销了前 6 个月的医疗费用 25704.99 元。

帮办“特殊群体”，解决群众反映的“材料带不全、一次跑不完”的问题。2021 年起，实行了帮办代办制度，至今受益人数已达三百多人，家住杭州的余先生就是其中之一。今年 2 月，余先生带着材料到诸暨报销，由于材料不全没有成功。之后他指定了诸暨医保中心的杨锋波，经过微信沟通、材料寄件的方式，5 月 19 日，按政策报销了两千多元。

完善设施设备，解决群众反映的“排队时间长、办理程序烦”的问题。诸暨医保中心开通了预约取号服务功能；设置了医保自助服务区和志愿服务岗；补充完善了服务标识标线等引导设施；完善了疫情防控物品、AED配置等医疗设备；开通了弱势群体的“绿色通道、爱心专窗”等。

三、发展成效

一是经办更加简化，提升了人民群众的满意度。诸暨医保中心通过一系列服务模式，群众办理复杂业务从过去来医保 2-3 次减少为 0-1 次，2021 年度，办理窗口群众满意度测评持续保持在 99%以上，荣获绍兴市“越美医保”最佳窗口、绍兴市 2021 年度工作评价优秀单位等荣誉称号。

二是管理更加细化，开创了医保工作新局面。诸暨医保中心明确部门及岗位设置的精确要求，做到定人、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”。

三是服务更加优化，树立了诸暨医保中心的新形象。诸暨医保中心牢记“服务就是责任”的理念，努力扮演“店小二”的角色，把参保群众满意作为医保人的第一责任，得到了参保群众的点赞。

四是监督更加强化，编织了风险防控的安全网。通过编制诸暨医保中心权力运行“四责协同”权责清单，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。

山东省荣成市：聚力多点突破 创新经办体系 叫响“在荣成·荣医办”服务新品牌

山东省荣成市医疗保险事务中心

一、基本情况

今年以来，荣成市医保局聚焦企业、学校、商保等三个关键领域，重塑制度架构，延伸服务链条，抓好集成改革，创新打造“企业医保助力、学校医保无忧、商保医保互促”三位一体经办服务新体系，不断提升“在荣成·荣医办”品牌服务影响力。

二、主要做法

（一）坚持双向发力，提高服务效能，推动涉企事项“一链办理”。聚焦企业医保领域高频服务事项，综合运用“线上受理+线下办理”模式，为企业提供“诉求快速响应、业务一次办好”一站式服务。**线上方面**，依托一体化企业综合服务平台，开设“医保业务智能答”服务专区，制定企业版“12345 医保在线问答”处置流程，归纳整理参保登记、基数申报、关系转接等 36 项高频业务，由人工智能自动受理、即时答复；对处置复杂、需要研究的，安排 3 名工作人员实时受理，根据反映诉求指派承办科室，5 个工作日内予以答复，实现“企业吹哨、部门报道”。**线下方面**，结合“荣归故里”计划，开辟“企业家绿色服务通道”，打造“高层次人才窗口”“企业自助”等 4 处服务专区，跟进落实帮办代办、容缺受理等 8 项服务机制，实现企业办事“全程无忧”。同时，组建 25 人“医保通办专员”服务团队，每月主动对接成山集团、歌尔电子科技等 50 家重点型企业，对参保登记、异地就医备案等 20 项业务“全程包办”，同步举办“下午茶”畅聊、“金点子”征集等活动，倾听企业诉求，解决企业难题，促进政企深度对接，为企业发展“撑腰鼓劲”。

（二）创新工作模式，优化服务流程，解决高校业务“后顾之忧”。针对外地学生“医保业务不会办”和“参保缴费有顾虑”等问题，打好

“站点服务+政策宣传”组合拳，打通高校服务“最后一米”。一是让**医保服务“留下来”**。联合荣成市人民医院与中康医院，打造哈尔滨理工大学（威海）、威海海洋职业学院等威海市首批高校医保工作站，定期安排业务骨干轮流指导、现场办公，“无缝隙、零距离”提供政策咨询、业务受理等个性化服务，实现居民医保缴费、住院报销等20项业务在学校直接办理，构建“10分钟”医保服务圈。二是把**医保政策“请进来”**。利用每年9月份开学季，联合教体、卫健等部门，组织开展“医保高校行”宣讲活动，发放《大学生参保缴费小贴士》，详细解答医保待遇、缴费标准、报销比例等问题，力促在校学生积极投保、应保尽保。

（三）引入社会资源，丰富服务内涵，培育商保机构“新生力量”。打破商保公司承担大病报销、推出惠民保险等业务局限，率先将商保服务与医保经办“合二为一”，开创“医保牵头、商保兜底、共建共享”发展新局面。一是**配强队伍，实现业务“移动办理”**。率先在全省组建人寿“医保移动代理人”队伍，深入实施“走千条路、串万家门”走访工程，552名医保代理人采取“流动式作业”，对全市22个镇街、803个村居定期走访、精准宣传，开设“医点心意、包你满意”政策大礼包、“医保明白人”抖音直播、“人寿携手·助老扶幼”等特色活动，让群众业务“家中办理”、政策“家中知晓”。二是**狠抓学习，确保政策“真知真会”**。开设“医保合作主代办”“医保随堂考”等6项专题课程，邀请上级专家和业务骨干，分批次对783名人寿员工进行常态化培训，提高理论水平。同时，开展“人寿干部当讲师”活动，利用个人宣讲、PPT演示、竞赛答题等方式，全方位检验学习成果，实现“医保新兵”向“行家里手”转变。三是**创新方式，推动服务“惠民便民”**。创新打造“361”服务模式，为群众提供“全链条、全周期”医保服务。“3”就是建立“区—镇—村”三级“医保网格地图”。每月安排1名网格长、1名网格助理、3名网格志愿者，对206个基础网格、24万户家庭开展“拉网式”走访，普及宣传医保知识，提高群众政策认可度。“6”就是延长服务时限。打造佳华商厦、西寨社区等10处全省首批人寿医保工作站，周六全

部“正常营业”，推出待遇查询、手工报销等 16 项“不打烊”办事清单，填补节假日服务空白。“1”就是举办一次“客养活动”。打造“共话医保、你我畅聊”服务品牌，每季度邀请优质客户、外地来荣、普通群众等各类群体，广泛听取社会各界对医保工作的意见建议，掌握群众需求，改善服务水平，营造“人人建言献策、助力医保发展”浓厚氛围。

三、发展成效

一是为企业服务能力再提升。通过平台智能问答和专员上门服务“双管齐下”，突破地域空间限制，解决涉企难题，让企业“安心发展”。目前，已为 70 多家企业办理业务 25 万多笔，服务职工 4.2 万多人；协助深圳奥萨制药、好当家海森药业等 2 家企业，办好氨叶片纳入国家医保目录、获批中药饮片（海参）药品代码等惠企实事，企业满意率达到 100%。

二是学生业务办理更便捷。依托高校医保工作站，在校学生实现了医保业务“不跑腿、就近办”，不出校门即可享受优质高效医保服务。目前，共为新录用 1.1 万多名大学生办理参保手续，解决异地住院备案、药品配送等问题 60 多个。

三是全市参保人数创新高。充分发挥人寿保险这支“生力军”作用，以通俗易懂、喜闻乐见等方式，宣传医保缴费、住院报销等高频政策，提高群众知晓率，努力做到应保尽保。截至目前，全市参保率达到 98.33%，比去年提高 7 个百分点，基本医疗领域群众满意度连续 8 次位居威海市第一名。

福建厦门创新开展费用保障型门诊统筹 模式下的医保支付方式改革

福建省厦门市医疗保障中心

医疗保障是社会和谐稳定的“压舱石”，作为国内最早推行费用保障型门诊统筹模式的城市之一，福建省厦门市通过构建高效的门诊保障机制，既增强了百姓就医的可及性及获得感，又提高了医保基金整体使用效率。作为全国住院 DIP 改革示范城市，厦门市不断加强支付方式改革的精益化、精准化，针对费用保障型门诊统筹模式特点探索“总额预算下的点数法”门诊复合式医保支付方式改革，将总额预算管理覆盖至门诊及住院两大板块，并取得了实效。通过改革，全市门诊费用增幅由改革前的 9.8% 锐减至 -1%，在确保基金可持续的前提下，实现用较低的征缴收入保障较高的医保待遇。

一、基本情况

（一）小病少负担，住院率低。

作为全国少数推行费用保障型门诊统筹模式的城市，厦门市参保人在医保定点医疗机构门诊就医，不分病种、不限机构、无需报备，包括常见病、多发病和慢性病在内的各类疾病均可按规定纳入统筹基金支付。由于通过门诊服务解决大部分患者的小病问题，实现早诊断早治疗，有效减少无效住院、过度医疗现象，我市住院率仅为 8% 左右，远低于全国 18% 的平均水平。

（二）大病有兜底，保障水平高。一是以支付比例杠杆撬动分级诊疗。

厦门市职工、居民参保人在基层机构门诊就医，最高报销比例分别达到 99% 和 85%，而在三级机构仅为 95% 和 65%，有效引导群众基层就医；二是以较高支付限额兜底大病负担。我市城镇职工、城乡居民医保年医保综合保障水平分别达到 60 万元、50 万元，职工综合保障额度达到年平均收入的 7 倍、居民综合保障额度达到年可支配收入

入的 10 倍，保障程度居全国前列。

二、主要做法

费用保障型门诊统筹模式给参保人就医便利性的同时，医保管理部门面临着门诊医疗行为监管难度大、医保基金容易损失浪费等难题。厦门医保局以问题为导向，以“保障需求和合理支付”为出发点，结合国内外的先进经验，探索“总额预算下的点数法”门诊复合式医保支付方式改革。

（一）推行门诊总额预算，减少医保自由裁量权。

在住院全面推行 DIP 改革基础上，进一步在门诊实行公平公开、去自由裁量权改革，把握“总额预算，量入为出”原则，综合考虑基金收入情况及参保人合理医疗需求确定门诊支出预算总额，确保基金总体安全可控。改革将过去逐家医疗机构分别下达总控指标转变为实行区域总体预算，从源头上解决人为切分医保总额的不合理、不客观问题。

（二）分类确定支付标准，匹配机构服务特点。

根据不同级别、类别医疗机构特点，在支付标准、支付点数及点数内涵上进行精细化的设计。

1.首创“医疗服务能力点数法”。针对基层机构医师日均诊疗费用较稳定的特点，在全市一级一级医院及基层医疗机构推行“医疗服务能力点数法”。一是根据全市门诊 3 年加权日平均诊疗金额确定基准支付点数；二是根据医师职称、执业类别、执业时间以及医疗机构区域、机构类别、定点年限等设定系数调整每日支付点数；三是年底根据医师当年度实际刷脸到岗情况确定最终付费点数，结合区域总额预算测定点数单价后确定每家机构实际结算份额。

2.创新“医疗项目点数法”。针对二、三级医疗机构门诊疾病复杂、诊疗量差异较大的特点，在二级及以上医疗机构推行“项目点数法”支付改革。以价格 1 元作为初始点值，把各类门诊医疗服务项目金额折算成点数，在对实际服务质量考核后，区域总额预算按照各医疗机

构的总点数分配。

3.落实“按人头付费”。在实行镇村一体化管理的卫生院、社区卫生服务中心下辖的村卫生室实行按人头付费。根据各村实际参保人数、按统一额定标准确定总控指标，调剂使用。

4.推进“按床日付费”。针对医养结合的养老机构日均费用较稳定的特点，对经生活能力等级评定后符合条件的参保人在相关机构就医发生的费用按养老机构类别及参保人评估等级分两类四档按床日付费。

（三）细化补偿激励机制，加强过程管理。

一是建立差异化补偿机制。对超支部分不再统一偿付比例，而是以“重技术、重劳务、轻设备”作为管理导向，调高集采、国谈药品及治疗费等医疗技术服务类项目补偿比例；调低检查费、化验费补偿比例。二是完善结余留用机制。在基层医疗机构家签服务、医联体建设等重点工作上建立以“健康管理考核”为核心的结余留用机制，充分发挥其“健康守门人”的作用。三是加强过程质控。设定运行质量评价指标，通过大数据多维度对比各医疗机构人头人次比、人均门诊费用增长率等运行指标，并将评价结果与基金分配挂钩，推动医院内涵式发展。

三、发展成效

（一）医保基金可持续性进一步增强。

改革后，医保部门不再对单家医疗机构下达医保费用总控指标，限制了自由裁量权，规范了可能的权力寻租空间。通过区域总额预算，从宏观上规划了整个统筹区医疗费用的增长边界，确保了基金收支平衡。改革后，基金支出总体可控，运行更加安全，我市医疗费支出持续快速增长趋势得到扭转，全市定点医药机构医保费用增幅由改革前的 19.29%降至年平均 9.19%。

（二）医疗机构内部管理进一步加强。

改革在充分保障需方合理需求的基础上探索对供方费用科学控制，以核定医疗服务供给能力为突破点，倒逼行业进一步优化医疗服

务供给布局，引导医疗机构转变发展理念，规范执业，提升医疗服务能力，促进医疗高质量发展。同时通过支付激励机制，增强基层医疗机构健康管理动力，解决基层“接得住”且“愿意接”问题，实现医疗资源配置与使用效益最大化。部分医疗机构由于管理有效、提升服务，每年获得医保各类指标奖励 7000 万元以上，实现了医疗机构收入和医疗服务水平相适应。

（三）参保人就医获得感进一步提升

通过实行区域总额预算管理，统一支付标准，让所有定点医疗机构在同一平台充分竞合，破解医保支付过程中信息不对称问题。通过“刷脸”精准聚焦服务方，规范了医师执业，剔除“挂证”医生 1000 多名，群众就医安全得到保障。医院、医生通过提升服务质量、服务能力才能在患者“用脚投票”的选择中获得优势，以此获得更多医保份额，百姓就医可及性及获得感进一步增强。

规范服务见成效 治理精细有水平

广州医保多措并举推动“规范年”建设

广东省广州市医疗保险服务中心

广州市医疗保险服务中心坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻落实党中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的决策部署，坚持稳中求进工作总基调，以推进医疗保障经办服务规范建设为契机，进一步优化医保公共服务，有效解决群众反映的痛点、难点、堵点问题，推动医保经办精细化管理和高质量发展。

一、基本情况

广州市医保中心成立于 2001 年 7 月，现为广州市医疗保障局下属副局级参照公务员法管理的事业单位，在全市 11 个区均设有医保服务大厅，共开设 69 个对外服务窗口。服务基本医疗保险参保人群逾 1,400 万人，管理协议定点机构 7,000 余家，年基金管理规模上千亿元。

二、主要做法

（一）落实事项管理统一规范。一是执行全省统一的医疗保障经办政务服务事项清单和办事指南。建立事项信息日常维护、监管和动态调整机制，统一办理条件，规范办事流程，严格按照清单规定时限完成事项办理，不断提升医保经办服务效能。二是落实医疗保障经办政务服务事项操作规范。对《广州市医疗保障经办业务管理工作标准》进行了全面梳理、修订及评审，通过删除、整合保留并印发 112 个工作标准，实现业务经办流程统一规范。三是开展了新一轮“减材料”专项行动。严格对照“六个一律”要求，对现有各类证明材料进行压减，办事材料从去年 468 项压缩至 324 项，压缩比例达 30.8%，平均每个事项的材料数从 3.4 份下降至 2.3 份，持续提升医保政务服务效能。

（二）强化内控管理统一规范。一是不断完善内部控制制度，印发《2022 年度广州市社会医疗保险经办机构内部控制工作方案》，

落实全年内控工作。二是坚持抓好内控检查工作，以经办业务质量考评和内控自查为主线，把内控工作与重点业务相结合，将定点医疗机构记账医疗费用审核结算、零星医疗费报销、定点医药机构日常检查、对违法、违约问题的调查处理等重点风险防控业务纳入年度内控检查工作，及时发现风险、化解风险。三是全面修订经办风险评估报告。结合《医疗保障经办机构内部控制风险防控清单》相关内容，对记账医疗费用审核结算、零星医疗费报销、年度清算等经办业务重新进行风险评估，全面梳理并修订了《广州市医疗保障业务经办风险评估报告》。

（三）加强基金管理统一规范。一是建立健全内部财务制度，执行全省统一的基金财务管理及报表统计管理，统一指标口径。二是做好基金的计划、控制、核算、分析和考核工作。按险种分别建账，分账核算，定期与财政、税务三方对账，确保账实相符，账账相符。三是设置医保基金年度绩效目标并按要求开展绩效自评工作。四是科学编制全市基本医疗保险基金收支预算，定期对医保基金收支情况进行分析，实时掌握基金支撑力度，高质量完成预算执行，强化执行监督，我市历年医疗保障基金预算执行率均达95%以上，每年均受到市财政部门的表扬，有效的基金管理切实保证了广州市医疗保障基金安全平稳运行。

（四）加强两定管理统一规范。一是医疗服务协议管理方面，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》及国家、省印发的两定管理暂行办法，结合本市实际，修订完善了本市两定机构医疗保障服务协议，并据此拟订了协议处理裁量建议，修订了定点医药机构稽核检查工作标准，规范了协议稽核检查及违约处理的程序，明确违约处理与行政处罚的边界及衔接，进一步提升了对定点医药机构的监管成效。二是考核机制方面，为全面掌握定点医疗机构落实医保政策、执行服务协议的情况，每年度定期对定点医疗机构履行协议及执行政策情况进行考核，包括现场及日常考核两种形式，形成医疗保险年度综合考核分数，为确定按病种分值付费年度统筹基金预决算支付总额、医疗保

险年度清算、生育保险年度清算、家庭医生签约基本服务包年度清算等工作提供经办依据。

三、主要成效

（一）政务服务质量和服务水平显著提高。一是严格按照国家、省、市医疗保障经办政务服务事项清单开展业务经办工作，办事材料不超过国家、省清单要求，全面施行综合柜员制，实现所有经办业务一站式受理，一窗通办，全城通办。二是服务大厅基础设施建设、设备配置及视觉识别系统按照《医疗保障经办大厅设置与服务规范（试行）》有关要求配置，服务大厅标识标志设置清晰、统一、规范。三是开展“十四五”医疗保障服务示范工程建设，加强示范引领。越秀分中心成功申请广东省医疗保障服务窗口示范点。通过示范点申报工作，对各分中心服务大厅功能及服务水平予以完善。四是建立分中心公共服务考核评价体系，印发《广州市医疗保险服务中心公共服务考核评价工作方案》，8-10月份完成年度考核评价工作。

（二）高频服务事项通办能力显著提高。一是全面落实基本医疗保险关系转移接续规程。严格按照《广东省基本医疗保险关系省内转移接续办法》规定办理转移接续业务。实现转移接续全流程网上办理，零到场，零资料。二是依托全国统一的医保信息平台，实现“城乡居民基本医疗保险参保登记”“基本医保关系转移接续”跨省通办。三是已实现通过广东政务服务网、“穗好办”App、“粤医保”小程序及“国家异地就医”小程序等线上办、指尖办，实现48个政务服务事项均可通过网上办理的方式“省内通办”“跨省通办”。

（三）医保经办服务便捷度显著提高。主动对接各区政府部门、协议银行和定点机构等单位，加快推进服务下沉。11个服务事项在各街镇“粤智助”自助机可办，向41个街镇下沉4-28项高频医保服务，部分村居实现城乡参保登记代收资料服务。从化分中心创新试点开展医保政务服务“云窗口”，越秀分中心与区税务局联合开设“医保+税务”24小时服务区，全市8家医保协议银行1378个银行网点自助机和137个邮政网点上线7项医保服务事项，试点开设75家银行医保

服务点，为群众提供医保简易业务咨询，网办和自助机操作的指引和帮办服务。在推进“互联网+医保”移动支付基础上，创新开展就医信用无感支付试点，自 2021 年 10 月底在南方医科大学珠江医院、广州市第一人民医院、广州医科大学附属第二医院上线运行以来，累计签约服务 1413 人次。创新开展两定服务协议“云签约”，目前已有 6,700 余家定点医药机构通过电子签约完成 2022~2024 年度医保服务协议的续签。

（四）异地就医医疗机构范围显著扩大。积极指导符合条件的定点医疗机构积极开展异地就医业务，协调做好系统联调、协议签订、系统维护等工作，做好业务指导；新增定点医疗机构可直接同步开通异地就医业务。截至 2022 年 8 月底，全市 11 个区共计 680 家定点医疗机构开通门诊费用异地就医直接结算，异地就医定点医疗机构数量相比 2021 年增长 74%。

厚植为民情怀 传递医保温度

江苏省盐城市医疗保险基金管理中心

悠悠万事，民生为重。一千年前，范仲淹用一道“范公堤”在盐城历史上书写了“先天下之忧而忧、后天下之乐而乐”的民生丰碑；70多年前，新四军用“铁军精神”在盐阜大地上谱写了一曲扎根人民的东进之歌。盐城医保始终秉持民生情怀，深入推进改革创新，不断优化便民服务，努力让群众更加具体地感受到党和政府的关心和温暖。

一、基本情况

盐城市是继镇江、九江“两江试点”之后，全国城镇职工医疗保障制度改革扩大试点城市，1997年启动职工医疗保险，2003年试点新型农村合作医疗，2004年10月创建城镇居民医疗保险制度，并开“政府资助参保”之先河，2007年被列为全国居民医保制度建设试点城市，从制度上实现了各类人员保障全覆盖。医疗保障事业发展进入新阶段，全民医保改革向纵深推进，我们认真落实国家和省局部署安排，积极探索基金管理、业务优化、服务提升等各项工作，在国家医疗保障系统行风建设工作专项评价中取得较好成绩，在江苏省医疗保障经办政务服务专项评价中始终保持前列。

二、主要做法和工作成效

（一）立足基金效率精打细算，守牢保障“钱袋子”。加强源头治理，用好模型精算，加强过程管理，提升使用效率。一是**用好模型精算**。邀请复旦大学数学院专家团队，从医疗服务的供给方（医疗机构）和需求方（参保人员）两个角度设计供给方模型和需求方模型分别开展精算，结合医疗机构服务量、费用结构和增幅、同期同级医疗机构平均医疗费用水平、参保人员满意度评价等定量数据和卫生服务供给量、潜在卫生资源、临床科研水平等变量数据，通过精算模型确定全市总额预算标准。二是**强化扩面征缴**。制定“扩面征缴三年提升行动计划”，加强与人社、公安、市场监管等部门对接，实现了灵活就业

人员、新业态从业人员社会保险一体化参保；协同卫健、教育、残联、民政等部门，深入推进新生儿、外来务工人员、高校学生、各类医疗救助对象参保全覆盖；通过部门数据比对和网格员兜底收集，修改、新增数据库中 247.11 万参保群众联系方式，有效提高扩面精准性。

三是提升支付效率。深入推进按疾病诊断相关分组（DRG）付费改革，建立健全总额控制下按 DRG、按病种、按床日付费等多元复合式医保支付方式。全市二级以上医疗机构纳入 DRG 付费，708 个日间手术项目按 DRG 付费管理，精神类病例实行按床日付费，医疗费用实现同比、环比“双降”，有效提高了基金使用效率。实施《盐城市基本医疗保险参保人员医疗费用手工（零星）报销统一经办管理办法》，从经办管理、执行口径深入推进全市零星报销业务标准化，有效减少制度执行的自由裁量空间。

四是严格稽查监管。联合公安、卫健、民政等部门，建立交通事故、外伤警情、死亡人员数据信息比对机制，运用智能监控平台筛查可疑数据 10.5 万条，查处 432 件，追回基金 1132.25 万元。采取市级飞行检查、突击检查、交叉检查等方式检查定点医药机构 121 家次，查实违法违规使用医保基金 1218.90 万元。开展“织密基金监管网 共筑医保防护线”主题宣传，组织医保医师开展集体承诺，通报违法违规使用医保基金及欺诈骗保典型案例 133 件，提高了基金审监稽查的威慑力。

（二）紧扣管理效能精耕细作，夯实经办“基本功”。加强内部治理，锤炼人员队伍，强化业务能力，提升群众体验幸福感。

一是内部治理更科学。探索推进市区医保经办机构垂直管理体制变革，整合市区医保经办机构，市中心下属 3 个直属单位，2 个派出机构，负责 5 区的经办工作。完善全市统一的经办机构内部治理结构，业务层面推动申报登记、总额管理、基金结算、审监稽查链式经办体系；市区两级联动理顺财务、结算、医管、稽核协同机制；服务层面形成党建、综合、人事、信息、群团等工作与业务工作交叉服务体系，实现了业务能力集成提升。

二是“两定”管理更精细。统一“两定”准入评估，“两定”准入一门受理、全市互认。根据国家、省、市文件精神，适时修

订完善服务协议文本，全市统一执行，实现服务管理、稽核稽查、违约处理全市一个标准，综合运用日常稽查、绩效评估、群众满意度调查等方式开展“两定机构”服务效能综合评估，实行末位淘汰，挂钩年度考核，有效提高医保定点单位服务质量。三是**异地就医更通顺**。作为国家跨省异地就医费用直接结算试点，长三角异地就医门诊费用直接结算试点、门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算国家试点，我们积极简化程序，将异地转诊手续前移至医院端，异地就医备案手续前移至网络端，提供有效身份证件、异地居住证明、异地工作证明等材料或通过“承诺备案”即可办理，实现即备即批。实行双向放开，参保人在参保地和居住地均可使用，方便了“候鸟人群”就近就医，异地就医门诊费用直接结算率持续提升。扩大联网范围，实现与全国所有省份所有统筹区互联互通、就医购药费用直接结算。四是**信息支撑更高效**。在江苏省首批上线国家医疗保障信息平台，探索改造优化“双通道药品”购药、“业务财务一体化”“医保网上药店”等程序，高标准推进 15 项医保信息业务编码贯标工作，有效提高了信息管理的规范性和服务的便捷性。

（三）着力基础建设精谋细划，构筑医保“服务圈”。加强基层治理，推进服务下沉，打造经办集群，提升服务可及性。一是**构建服务体系**。认真贯彻国家《医疗保障经办大厅设置与服务规范（试行）》等文件精神，深入推进“15 分钟医保服务圈”建设。高标准建设经办网点，坚持全市一盘棋、各县塑特色，建成省级示范点 23 个，示范县 2 个，实现“15 分钟医保服务圈”全域覆盖；高要求打造经办网格，主动融入公共服务和基层治理工作，综合运用社会治理网格化平台，推进基层网格员队伍和经办服务相结合，打造医保政策“讲解员”、参保扩面“宣传员”、纾困解忧“服务员”、社情民意“邮递员”“四员”经办队伍；高质量织密保障网络，建立覆盖参保扩面、两定管理、困难保障、重点待遇等多维度基础信息台账，延伸基层服务。二是**提升服务效能**。编印《盐城市医疗保险经办业务标准化手册》，坚持全市“一张清单管到底”，严格按照规定收取材料、按要求办结事项、按标准开展服务，

将清单执行情况纳入历次行风评价重点内容，以检查促规范。推动代办服务、上门服务常态化，实现了经办触角向下扎根，服务水平向上攀升。三是**拓宽服务渠道**。依托“15分钟医保服务圈”，以镇村服务点为“支点”，建立覆盖参保扩面、两定管理、困难保障、重点待遇等多维度基础信息台账，实现个人和单位参保登记、参保信息变更、参保单位缴费基数申报等 10 大类 29 项高频经办服务事项“全市通办”，线下各级经办网点均可受理相关业务。在全省率先建成“盐城医保网上服务大厅”，开通网上、掌上办理渠道，参保人可随心选择盐城医保局官网、江苏医保云 APP、“盐城医保”微信公众号等多个受理渠道，均可享受便捷的医保服务。