

附件 2

**全国医疗保障经办系统
“为民办实事”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

一等奖

1. 衢州市依托医保电子票据区块链 打造医疗费用零星报销“一触即办”新模式 1
2. 缩短医保服务“半径” 打造身边的“红小依” 5
3. 浙江省规范医保结算清单质控管理 全面提升 DRG 支付方式改革绩效 9
4. 广东省改革异地就医医保支付方式 实现“医-保-患”三方共赢14
5. 以智能提质效 促经办变“精办” 构建龙江数智化服务体系 18
6. 强化数字赋能 智能化便民化齐头并进 助力大连市门诊共济政策落地 24
7. 以“练”促学 以“学”促干 开展练兵比武系列活动 凝聚为民服务新动能 28
8. 服务进基层 政策进万家 山东医保听民声解民忧办好为民实事.33

二等奖

9. 用心用情打造生育友好型社会 河北省全面实现生育津贴自动申报 37
10. 创新“医保快递”经办服务新模式 探索“三医联动”协同发展新路径 41
11. 南京医保创新打造全民参保“掌中宝” 45
12. 出生即参保 “落地”即享受 48
13. 山东省烟台市放大 DRG 改革实效 实现医保患三方共赢 51
14. 福建省厦门市三抓三促 打造 DIP 审核体系样板 56
15. 安徽省池州市贵池区“六步”精细化医保协议管理工作 60
16. 黑龙江省双鸭山市协商评估、贯标备药、结算监管、培训宣传 创新实践全力推动门诊共济新政惠民生 66

17. 成都医保建立医疗救助“一键通”平台 铺就便民惠民幸福路	70
18. 医疗救助免申即享 基层经办减负增效	74
19. 库尔勒市医疗保障局开启“医保+直播”“接诉即办”新模式, 打造指尖上的医保服务新阵地	78
20. 强信息、解难题、优服务 河北省内职工转移接续“免申转”	82
21. 瑞安市医保服务队伍“扩容提质” 打造群众“家门口”的医保服务标杆	85
22. “三味良方”打造高素质、专业化村级医保经办队伍	89
23. 天水“医保专员”制度推动医保经办与就医服务有机融合	93
24. 建强医保经办队伍 优化医保服务水平	97

三等奖

25. 问需于民寻破题良策 一流队伍促长护升级	103
26. 打通门诊慢性病申报直通车, 跑出经办服务加速度	108
27. “信用就医”来帮忙 参保群众便利多	112
28. “自助备案”省心 “四免备案”贴心 “政策保障”放心——太原医保多措并举, 助力异地就医工作高质量发展	115
29. 推动京津冀医保协同发展 三地跨省异地就医备案“免申即享”	119
30. “秒送”政策到基层 “一键”服务惠万家	123
31. 湖南省娄底市织密医保基金“智能审核网”	126
32. 湖北省武汉市以 DRG 为抓手 推进精神疾病床日付费改革	130
33. 重庆市梁平区“七域”联动共施 戮力推动医保核查高质量发展	134
34. 辽宁省鞍山市六项机制伴改革 结算清算见成效	137
35. 通辽市优服务 强支改 利民生——稳步推进医保 DIP 支付方式改革	141
36. 云南省文山州积极探索基金监管“事前提醒” 开出问题清单提升基金使用效能	145
37. 强化数字赋能 助力“浙有善育” 杭州医保推出生育津贴“无感办”	148
38. 数字赋能“智”服务 以心促融“惠”两岸	152

39. 智慧医保助力三医联动 开创慢特病服务新模式	156
40. “数据赋能”让医保门诊慢特病政策“免申即享”“直达快享”	160
41. 郑州医保“电子地图” 开启医保服务专家模式 为健康生活精准导航	163
42. 全面提升医保热线服务效能 着力推动医保热线优质发展	167
43. 聚三力 行三做 落实三坚持 勇当新时代医保经办队伍建设先行者	172
44. 夯基提能练精兵 “三力”铸魂亮锋芒	176
45. e 站学习增引擎 经办服务强动能	180
46. 开展“医保管家 合你同行”服务品牌 创建助力医保经办效能提升	184
47. 综合施策强能力 精心培育明白人——青岛医保部门全面提升经办队伍业务水平	188
48. “比学赶超”强业务，“练兵比武”正当时——萍乡市深入开展练兵比武活动	192

衢州市依托医保电子票据区块链 打造医疗费用零星报销“一触即办”新模式

浙江省衢州市医疗保障事业管理中心

一、思路目标

深入贯彻落实党中央、国务院关于优化医疗保障公共服务的决策部署，推进国家局关于优化医保领域便民服务和实施医保服务十六项便民措施在基层落地落实，聚焦群众急难愁盼，转作风、提效能、优环境，着力为群众提供更便捷、更优质、更高效的医保服务。紧盯群众关注度较高的零星报销材料多、跑腿多、垫资压力大问题，精准发力、精准破题，依托医保电子票据区块链技术，打造零星报销“一触即办”新模式，实现三个目标：一是从源头上减少零星报销业务量；二是实现零星报销业务线上流转、智能审核；三是实现零星报销业务从“最多跑一次”向“零次跑”升级转变，全力打造“线下无零星报销”衢州样板。

二、主要做法

结合衢州实际，按照“直接联网结算为常态，线上零星报销为特殊”的思路，借助省智慧医保系统，全面推进医疗费用“应刷尽刷”，开发智能零报平台，建设“医疗费用无零星报销示范市”。具体包括三个方面：一是完善相关政策，解决“不愿刷”问题；二是优化结算流程，解决“来不及刷”问题；三是改造技术平台，解决“不能刷”问题。

（一）系统部署，实施全域覆盖一体推进。加强顶层设计，市级层面成立电子票据区块链应用推进小组，坚持市县一体、同步推进实施。按照一次改造、全业务覆盖的原则，组织全市各定点医疗机构开展零星报销、处方流转、生育津贴等业务系统同步改造。建立“一周一督办、一周一会商”工作机制，对改造进度较慢的医疗机构，推行领导挂联，点对点做好答疑解惑、现场指导。同时，密切与省智慧医保项目组的联系对接，实现与省系统无缝衔接，搭建全市医保数据共

享平台。

（二）源头减量，落实医疗费用“应刷尽刷”。针对特殊人员报销范围不明确以及处方流转、新生儿待遇等引起的零星报销，通过完善政策、优化流程，实现费用应刷尽刷，减少手工报销业务量。一是优化特殊人员医疗费用报销政策，对不可报销的项目进行负面清单管理，实现全量费用“一站式”结算，平均减少手工报销量约 1200 笔/年。二是全面做实电子处方流转，实现双通道用药、慢特病药、大病用药等场景的医院开方、药店配药全流程线上流转结算。截止目前，累计线上流转处方 5369 笔，涉及费用金额 2179 万元。三是推行生育津贴“无感办”、新生儿参保“免申即办”，完成全市 40 家有生育业务的医疗机构接口改造工作，累计采集生育门诊明细 24355 笔、住院明细 4566 笔。

（三）票据上链，实现零星报销“一触即报”。市级层面建立零星报销数据库，组织全市各定点医疗机构全量上传电子票据、费用明细，夯实医疗数据基础。开发零星报销“浙里办”APP 应用场景，让群众手机上一键快速申报，并通过数据流转、精准筛查、自动匹配、智能审核，实现线上快速报销、资金快速到账。同时，借助电子票据区块链技术，使票据、明细、报销结果全程“上链盖戳”，杜绝重复报销。截至目前，全市 132 家定点医疗机构累计上传自费电子票据 15605 张，自费明细数据 133.2 万条，涉及金额 2112.5 万元。

（四）专窗兜底，针对特殊情况“现场秒办”。将经办窗口下沉至医院，在全市各定点医疗机构开设报销专窗，强化兜底保障。一是帮助群众实时排查刷卡故障，现场受理因特殊情形等引发的零星报销业务，让群众“不用跑”；二是做好慢特病备案、异地就医备案、待遇报销等问题答疑解惑，推进更多医保业务“现场办”，降低经办成本。同时，市医保局组建“医保帮帮团”队伍，定期深入联系医院开展政策宣传、业务指导，协助专窗人员做好咨询答复、业务办理。截至目前，全市共开设 132 个零报专窗，全市“帮帮团”队伍累计开展基金监管、异地就医等各类宣传活动 20 余次，服务咨询群众 2100 余人次。

三、取得成效

（一）实现零星报销“一触即办”。在电子票据区块链应用前，群众线下报销医疗费用需要往返于医院和经办窗口，报销时间一般在20个工作日内，等待时间长、资金垫付大、报销手续烦。应用实施后，通过智能零报平台，群众只需在手机上即可完成报销申请，目前衢州经办机构一般在5个工作日内即可实现报销费用到账，同时，衢州市正积极探索小额费用申报“秒到账”，打通零星报销“最后一公里”。

（二）实现经办服务提质增效。在电子票据区块链应用前，主要依靠人工逐条纸质审核，费时、费力、易出错，且同一药品名称下存在多种目录编码的情况，费用清单无法识别，存在审核不够精准的问题。同时，由于经办人员业务素质参差不齐，也有一定的财务风险。平台上线后，一个月内全市医保经办窗口受理零星报销业务量环比下降37.3%，同比下降43.7%。

（三）实现机构和群众双向满意。在电子票据区块链应用前，因不能联网结算或零星报销各类问题，对医疗机构咨询投诉问题时有发生。以衢州市第二人民医院为例，每月需要处理此类问题约50余起，群众对医院改进服务的需求较为强烈。平台上线后，衢州二院通过率先实现全流程改造，落地医保服务专窗，日接待业务咨询、办理群众20余人次，10月份零星报销业务量为零，群众满意度大幅提升。

四、经验启示

（一）准确分析零星报销存在的原因是解决问题的重要前提。衢州医保经办机构对近年来的零星报销数据进行全面梳理分析，据统计，全市每年办理约4万笔零星报销业务，按市内外分，市内医院零星报销占比约39%；市外占比约61%。按照业务种类进行重点分析，主要存在四方面原因：一是政策性问题引发零星报销（占比11%），如特殊人员医疗费用报销政策较复杂，报销范围不明确；二是流程性问题引发零星报销（占比22%），如双通道用药、家庭病床、大病购药等特殊情形无法实现线上流转和实时结算；三是特殊门诊、普通住院应刷未刷引发零星报销（占比33.2%）；四是意外伤害、新生儿普通住

院引发零星报销（33.6%）。对照上述四种原因类型，按照由易到难、分步推进的思路，对零星报销业务存在问题进行逐项破解、逐项销号，从政策、流程、系统等方面多点发力，实现零星报销业务总量下降、经办提速。

（二）实现医疗费用应刷尽刷是减少零星报销业务量的重要基础。全面推进直接联网结算，有助于从源头上减少零星报销业务量。衢州市通过完善特殊人员报销政策、推行电子处方流转、畅通生育报销通道，进一步提高直接联网结算率，实现零星报销业务大幅减量。同时，对无法直接联网结算产生的零星报销，通过在医院开设报销专窗，将经办窗口前移，让群众一键获取电子发票、实时发起报销申请，实现零星报销业务医院就地办、现场报，减少群众往返跑、多头跑。

（三）医保电子票据区块链技术的落地应用是彻底解决零星报销的关键举措。医保电子票据区块链使用统一数字加密技术，在医疗收费票面上打印加密数字二维码，形成票据数字指纹，实现票据真伪“秒速”查验，通过医院上传费用明细，杜绝假明细产生，大大减轻了医保部门的查验压力。同时，因电子票据区块链存证应用，也杜绝了重复报销行为，有效防范欺诈骗保行为的发生。该项技术的应用，是医保经办服务与现代信息技术的一次深度融合，使参保群众安心申报、经办人员放心审核，促进医保基金运行更加安全。

缩短医保服务“半径” 打造身边的“红小依”

江西省南昌市红谷滩区医疗保障局

可爱萌动的卡通形象，触手可及的经办窗口，通俗有趣的政策讲解……这些都是红谷滩区医疗保障局形象大使“红小依”所做的工作。“以前觉得医保政策很难懂，医保办事很麻烦，但是通过‘红小依’，好像都变得简单易办了。”刚刚在江西省妇幼保健院“红小依之家”办理完生育保险相关业务的新手宝妈邓杏对红谷滩区的“红小依”竖起了大拇指。今年以来，为切实推动医保经办服务工作落实落细，拉近与辖区内群众及企业的距离，红谷滩区医疗保障局创新打造医保经办服务品牌——“您身边的红小依”，多措并举推进品牌建设与经办服务融合，让参保群众切实感受到医保服务就在身边。

一、思路目标

随着“放管服”改革的深入推进，群众对医保经办服务提出了更好更优的要求，然而在基层的经办服务中，仍旧存在许多难点、堵点和痛点问题，具体表现为：部分参保群众对专业术语多、更新频率高的医保政策不了解不清楚，部分参保群众递交办事材料不畅通，基层经办机构业务办理不便捷、经办队伍水平不够高等等。

针对以上堵点问题，红谷滩区医疗保障局创新打造“红小依”服务品牌，结合红谷滩区域特色与医保服务理念，创新打造红谷滩医保形象大使“红小依”，“红”代表红谷滩，“依”谐音医保的“医”，寄托着为群众提供依靠的心愿。同时通过“红小依之家”、“红小依见面会”、“红小依说医保”等服务载体丰富品牌内容，将可爱萌动的“红小依”形象贯穿到医保经办每个环节，通过一张张宣传册，一面面品牌墙，一次次见面会，一个个服务点，把通俗易懂的医保政策、便捷高效的医保服务送到每一位参保群众身边。

二、主要做法

（一）红小依之家——门对门的服务站点

一是服务下沉至群众身边。在全区范围内标准化打造了 214 个“红小依之家”服务站点，搭建了一个覆盖全区的经办服务网格体系。将 12 个高频事项办理权限进行下放，并协助开通医保专网，明确职责，配备专（兼）职工作人员等。“红小依之家”覆盖辖区内社区（村）便民服务站、银行网点等，实现群众在家门口即可办理医保参保、医疗费用手工零星报销材料上报、慢性病申请等医保服务事项。二是服务前移至院区窗口。红谷滩区医疗保障局把“红小依之家”延伸至江西省妇幼保健院，开设医保一体化服务窗口并安排专人经办，打通新生儿参保登记、生育津贴申领、产检费用报销等办理渠道，并发放“关于宝宝医保的小提示”、“生育保险一链办”等温馨提示，让广大孕产妇“不出院”办理医保生育一系列服务事项，最大限度提供便利服务。

（二）红小依说医保——听得懂的惠民政策

一是宣传内容通俗化。依托可爱萌动的“红小依”形象，专门开设了“红小依说医保”版块，梳理出参保群众最为关心的医保问题，将原本晦涩难懂、条目众多的住院报销、门诊共济等医保政策内容进行通俗化包装，通过群众喜闻乐见的手绘漫画、短视频等形式，由“红小依”为大家进行生动直观的讲解，让群众对医保政策一看就懂、一听就明白，打通医保政策宣传的落地堵点。二是宣传形式灵活化。线上线下双结合，除了设置宣传专区、张贴宣传海报、发放宣传折页等传统宣传形式，还制作了特色鲜明的“红小依”系列周边产品，包含钥匙扣、扇子、环保袋等发放至群众，让群众在潜移默化中知晓并了解医保政策。另外，还积极开拓线上宣传渠道，制作宣传漫画、顺口溜、短视频等通过居民网格群、朋友圈等广泛转发，并在微信视频号、抖音、微博等媒体平台进行投放，各平台累计播放量近 8 万，点赞量超 3 千，群众反响热烈，进一步提高了政策的“知晓度”、确保了政策的“到达率”。

（三）红小依见面会——面对面的暖心服务

一是送政策落地，让温暖入心。定期组织业务骨干扑下身子，沉到一线，积极开展“红小依见面会”，把政策送进街道、社区、学校和

乡村，通过拉横幅、设展台、发物料等等方式开展相关政策宣传，并安排工作人员面对面为群众答疑解惑，手把手指导业务办理。二是请群众上门，留需求在案。积极开展“红小依请您来做客”活动，把辖区内的企业、群众代表请进机关，实地观摩，体验医保工作流程，并召开专题座谈会，解答群众关注的热点问题，了解群众诉求，收集意见建议，做好相关记录，后续安排专人跟踪处理，切实解决群众的“急难愁盼”。送出去和请进来的服务模式，真正实现了医保部门和参保群众的“双向奔赴”。

（四）身边的红小依——靠得住的经办团队

一是多举措加强技能培训。针对医保业务专业性强的特点，通过组织集中统一培训，定期跟班培训，发放政策汇编手册等形式，加强对医保业务人员的培训力度，并在全区医保系统开展“寻找身边的红小依，争当医保代言人”比武练兵活动，经过层层选拔，最终评选出优秀个人6名，优秀团体4个。二是常态化开展业务学习。定期召集业务骨干开展“红小依小课堂”、“红小依大讲堂”等业务专题学习，一人讲，全体学，充分发挥先行示范、引领帮扶作用，号召全体经办人员立足自身岗位，拿出争优创先、干事创业、比学赶超的工作热情，营造爱岗敬业、勤学苦练的氛围，不断学习、不断突破，提升“红小依”服务队伍的专业素质。通过打造学习能力强、服务意识优、专业素质高的“身边的红小依”医保经办队伍，让群众在家门口就能“找得到人、问得清楚、办得明白”。

三、工作成效

现在，群众一走进家门口的“红小依之家”，看到的是整齐划一的形象标识，明亮整齐的宣传专栏，听到的是经办人员温柔暖心的参保提醒，细致入微的政策解读，感受到的是红谷滩医保“真诚服务，用心守护”的为民情怀。截至目前，“红小依之家”服务站点已累计为参保群众提供医保经办服务超3万人次。今年以来，共开展“红小依见面会”30余场，发放宣传折页3万余份，政策普及率、推广度显著提升，红谷滩区全区基本医保参保总人数263428人，参保总人数同比

呈增长趋势，参保任务完成率达到 99.4%，电子凭证激活率 78.99%，结算率 58.96%。医保服务群众的距离进一步拉近，服务群众的模式得到了群众一致认同，医保有事就找“红小依”的理念深入群众心中。

四、经验启示

通过打造“身边的红小依”医保经办服务品牌，使我们深刻认识到医疗保障公共服务提升这条路没有终点，只有一个又一个的起点。只有真正扑下身子，沉到一线，绵绵用力，久久为功，才能真正做到听民声，顺民意，解民忧。下一步，红谷滩区医疗保障局将持续以为民服务为抓手，不断延伸经办服务触角，大力推进“红小依”品牌的标准化、生动化、标识化建设，让全体经办人员争做“群众身边的红小依”，增强品牌效应，强化代言效果，把惠民实事办到群众心坎上，践行“真诚服务，用心守护”的服务理念，打造好“您身边的红小依”服务品牌，用更惠民、更高效、更暖心的医保服务织牢人民幸福“保障网”。

浙江省规范医保结算清单质控管理 全面提升 DRG 支付方式改革绩效

浙江省医疗保障事业管理服务中心

浙江省自 2020 年全省域推行 DRG 支付方式改革以来,始终坚持结算清单质控管理全省“一盘棋”,通过业务编码贯标标准化、结算清单应用规范化、电子病案评审集成化,全面夯实 DRG 支付方式改革的数据基础,形成了结算清单质控管理和 DRG 支付方式改革双向促进的良性循环,切实发挥数据标准化在医保经办管理服务中的支撑和引领作用,全面推进浙江 DRG 支付方式改革再提升。

一、思路目标

医保 DRG 支付主要由 DRG 分组和付费两部分组成,科学的分组是 DRG 实施的重要前提,精确的付费是 DRG 实施的重要保障,但两者均离不开医保结算清单这一重要数据的规范性。因此,全面加强结算清单的质控规范和质控管理,必须持续完善结算清单上传、查询、重传、审核等工作机制。同时,创建具有浙江标识度的“DRG 电子病案专家交叉评审模块”,可以有效实现 DRG 支付在事前、事中、事后的全流程闭环管理,进一步增强医保部门和医疗机构的良性互动,为浙江医保高质量发展奠定坚实的基金基础。

二、主要做法

(一) 推进业务编码贯标标准化。

一是锚定目标强推进。按照国家局关于医保信息业务编码“全库贯标、全国通用”的要求,印发《浙江省医疗保障局关于贯彻执行国家 15 项医保信息业务编码标准的通知》《浙江省医疗保障局办公室关于加快推进国家 15 项医保信息业务编码标准贯彻落实工作的通知》,进一步明确业务编码落地的“时间表”和“作战图”,通过组建专班、会议培训、常态化督查调研等多种手段,全系统、全业务、全流程推进结算清单的业务编码贯标工作,从而加快提高数据质量、加强医保大数据应用。

二是确定路径抓落实。在充分听取各地意见和广泛调研的前提下，明确在原有病案信息采集接口的基础上进行升级改造的原则，最大程度减少数据冗余和医疗机构的改造工作量。同时，选择试点经验相对丰富、业务能力相对较强的金华市作为首批全面落地应用的试点地区，先行开展结算清单接口的字段比对及改造工作，确定基本信息、门诊慢特病诊疗信息和重症监护信息采取医疗机构“填报式”主动上传，医疗收费信息采取医保结算系统“采集式”自动获取的技术路径，确保业务编码的快速落地。

三是推广经验全覆盖。通过走访调研试点地区及部分医疗机构落地应用情况，及时总结优秀经验和先进做法，并统一结算清单数据的采集路径和采集标准，在全省范围内全面推广，持续扩大落地应用范围及医疗机构数量。2021年11月，我省高质量通过国家局的医保业务编码贯标验收工作。同时，加强对各地经办机构、各级医疗机构在业务编码及结算清单规范管理的培训，进一步规范对结算清单的业务编码、结算数据的管理。

（二）推进结算清单应用规范化。

一是搭建集中平台。围绕本省DRG政策和应用实际，按照“1+5+N”顶层设计原则，对国家“智慧医保”平台进行拓展开发，即建设1个全省统一的综合管理平台，实现数据采集、病例分组、支付结算、智能审核、绩效评价5大功能，部署分组管理、清单质控、付费管理、公示反馈等90多个功能模块，实现对全省医保结算清单数据的全流程追溯，全面夯实DRG支付的数据基础。

二是规范数据接口。制定下发《关于浙江省智慧医保4101A接口修改的通知》和《关于调整上传2022年度住院病案的通知》，对数据上传接口进行统一改造，明确结算清单的相关数据通过指定接口上传采集，医保经办机构可根据实际运行情况，及时修改结算清单上传规则，实现对结算数据、目录填报、诊断信息、手术开展、护理天数等重点数据字段的实时查询和监测。

三是完善质控机制。制定下发《浙江省基本医疗保险DRG点数

付费评价暂行办法》，加强对医保结算清单质控的过程管理和结果监管。同时，将国家医保局病案质控系统 52 项规则细化扩展为 209 项，开展经办端基础数据一致性、必填字段、手术专项和逻辑规范性等质控规则的实时校验，并全部在综合管理平台上线运用，构建起立体式数据质控体系，不断提升结算清单数据的准确性和规范性。

（三）推进电子病案评审集成化。

一是创新数字化应用场景。根据 2023 年全国医保工作会议关于“持续加大基金监管力度，依托智慧医保赋能非现场监管”的要求，主动探索适应新型支付方式改革的非现场监管机制模式，在“智慧医保”信息系统上线 DRG 电子病案专家交叉评审模块，打造评审专家和病案的抽取、初审、反馈、复审全流程线上闭环模式，实现病案评审医疗机构全覆盖和病案交叉盲审全覆盖，确保评审环节公开透明、评审结果科学公正，逐步构建起 DRG 综合监管格局。

二是建立专家评议机制。全省 11 个地市均组建了病案评审专家库，专家库成员的范围覆盖内、外、妇、儿、病案等多个专业领域，通过定期组织病案评审会、专家论证会、疑难病例讨论会、医保支付政策调研会等，凝聚各方共识，指导制定有针对性的医保政策措施，为 DRG 支付方式改革提供专业支持。

三是强化闭环管控链路。持续推进常态化病案全量智审，并加强与定点医疗机构的对接反馈，通过落实全链条闭环管理机制，最大程度避免定点医疗机构高套点数、不合理诊疗等违规行为，倒逼定点医疗机构规范临床诊疗行为。同时，建立违规案例通报制度，通过大数据分析发现的违规行为及可疑数据，以违规典型案例形式定期通报至属地卫健部门、医疗机构，起到较好震慑效果。

三、取得成效

通过加强结算清单数据质控和管理、开展 DRG 电子病案专家交叉评审，全省有住院业务的 1910 家定点医疗机构和纳入 DRG 支付的住院病例均按要求上传了结算清单，覆盖率实现两个 100%，不断推进医疗、医保数据的共建共治，有力推动医保、医疗、医药的协同发

展。

（一）提高了医疗机构管理绩效。统一使用国家医保结算清单，推进 DRG 支付方式改革，在强化医保经办机构对定点医疗机构管理的同时，将引导医疗机构主动转变发展模式、控制开支成本，也将极大规范医生的医疗行为、减少不合理诊疗费用，有助于促使医疗机构建立起更加精细化、规范化的管理体系。

（二）提升了医保基金运行质量。据统计，2020 年-2022 年，全省基金支出增速较 2019 年分别下降 17.77%、13.76%、14.44%。近三年，我省职工基本医保和城乡居民医保基金运行评价在全国均名列前茅。通过 DRG 电子病案交叉检查，2021 年度在杭定点医疗机构（省本级和杭州市）中，共发现违规病案 4800 份，扣除金额 8500 万元；2022 年度，共查出违规病案约 3000 份，扣除金额约 3800 万元，医疗机构高套多编、低标入院等违规行为有所减少，诊疗行为日趋规范。

（三）减轻了参保群众就医负担。自开展结算清单质控管理工作以来，全省住院例均费用、个人负担水平、平均住院日等数据总体呈下降趋势，如全省职工和居民住院费用的自费比例分别由 2019 年的 15.7%、16.7%下降至 2022 年的 13.9%、13.1%。同时，通过推进医保结算清单标准化，诊疗过程的收费情况让参保群众一目了然，实现医疗费用结算的公开、透明，一定程度缓解了患者与医疗机构因医疗费用不透明而产生的医患矛盾。

四、工作启示

（一）及时推进医保业务编码落地应用是基础。使用统一的国家业务编码，尤其是使用国家医用耗材、医疗服务项目编码，有助于向国家局规范提供统一、高质量的数据标准，为国家局制定全国统一的医保目录奠定数据支撑和应用基础，也有助于同临近省份在药品、高值医用耗材等方面的费用情况开展科学精准的分析和管理。

（二）持续加强医保结算清单质控管理水平是支撑。医保结算清单是医院结算医保费用的关键，是医保 DRG 付费的唯一数据来源，更是医保经办机构对医疗机构进行监管的重要数据来源。强化医保结

算清单的质控管理，可以倒逼医疗机构规范医保结算工作制度，促使医院加强临床路径管理，从而控制院内成本、减少群众负担。

（三）建立完善 DRG 电子病案交叉评审机制是保障。作为 DRG 支付改革中的一项基础性、常态化工作，病案交叉评审可以通过对违规的服务行为进行核查并做绩效扣减和协议扣款，不断提高结算清单质量、切实规范医疗机构服务行为和收费行为，同时提高医保基金的使用效率。

广东省改革异地就医医保支付方式 实现“医-保-患”三方共赢

广东省医疗保障事业管理中心

近年来，广东省大力推进异地就医医疗费用直接结算工作，极大地方便了参保人省内异地就医，减轻了个人跑腿垫资压力，便捷化的异地就医服务也让越来越多的参保人倾向于选择医疗技术水平更高地区就医，医疗资源相对匮乏地区的医保基金运行压力随之加大，个别地市异地就医基金支出超过本地就医支出。为引导医疗机构规范收治、合理诊疗异地参保患者，提高异地就医医保基金使用效率，2022年7月广东在全省开展省内异地住院医疗费用支付方式改革。改革后，异地住院人次较2021年同比减少近10万人次，次均记账医疗费用同比下降约18%，实现异地就医人次和费用的双降低，仅次均费用下降一项，全省每年将节约医保基金近30亿元，省内异地支付方式改革成效初显。

一、思路目标

广东通过调查研究发现，同一疾病异地患者诊疗费用明显高于本地患者，其中，长期异地备案人员医疗费用比就医地同年龄段患者至少高15%，转诊患者至少高50%，除异地转诊患者普遍消耗医疗资源更高的因素外，主要系异地就医采用按项目付费的支付方式，缺乏对医疗服务行为的有效约束。支付方式改革是基本医疗保险管理的重要抓手，是保障参保人员权益、调节医疗服务行为、引导医疗资源配置的重要杠杆。广东将支付方式改革延伸至异地就医领域，实现从医保支付端引导医疗机构进一步强化内部管理，合理收治病人，规范诊疗行为，保障本地异地参保人享受同等的诊疗服务，既满足了异地患者的基本医疗需求，又推进分级诊疗制度发展，提升基金使用效率。

二、主要做法

(一)“三同”推进改革落地。一是本地异地医保“同标支”。将原

按项目付费调整为按就医地支付方式执行，省内异地住院就医所涉及的病种、分值、点值、医院系数等核心要素及激励约束等机制均按就医地同一年度标准执行。二是本地异地业务“同步办”。调整费用审核结算主体，将原参保地审核调整为就医地，年度清算时就医地同步开展本地和省内异地住院医疗费用的清算工作，压实就医地管理职责，充分发挥就医地管理便捷性，实现本地、异地费用同审核同监管同清算。三是本地异地报销“同院结”。为避免就医地医疗机构因支付方式改革，拒绝为参保患者提供直接结算服务，广东将参保患者手工报销的费用，纳入该医疗机构年度清算范围，促进异地就医结算率的提高。

（二）“三机制”提升改革质效。一是健全按病种分值付费机制。2018年广东全面实施按病种分值付费，根据不同病种医疗资源消耗差异，利用病种分值高低予以合理支付，并不断调整优化病种分值库，费用偏差系数不断下降，同时完善特病单议、CMI系数加成、激励约束等配套机制，以破解异地支付方式改革后，异地转诊患者医疗资源消耗高、医保支付可能不足的问题。二是健全问题协同处理机制。异地就医改为就医地审核后，广东进一步加强异地就医问题协同处理机制，确立“就医地审核，参保地确认”的工作模式，参保地需再次复核就医地审核结果。以异地医疗费用审核为纽带，通过就医地与参保地间互相学习借鉴，促进了全省费用审核水平整体提高，区域协作能力进一步提升。三是健全基金统一拨付机制。广东省以异地就医基金管理为抓手，探索医保经办管理“省级统筹”。每年初各地市按上上年度省内异地就医支出总额的30%上解预付金至省级账户，并按月及时补足，省中心在月度结算、年度清算时按规定将异地医疗费用直接拨付给各定点医疗机构。省级直接拨付费用模式提高了异地就医医疗费用结算拨付效率，方便了医疗机构对账，极大地节约地市经办及医疗机构人力成本，推动了异地就医基金管理全省一盘棋。

（三）“三举措”筑牢改革根基。一是协议先行压实责任。指导各地及时修订医保服务协议，将“省内异地住院医疗费用结算按照就医地结算办法执行”纳入医保协议，以协议推动医疗机构自觉做好异地

就医医疗费用管理工作。二是清单治理夯实清算基础。结算清单数据是按病种分值付费结算清算的重要基础数据之一，改革后，广东同步优化本地异地结算信息上传接口，上线结算清单质控规则，抓实结算清单质控，分析归纳清单上传典型错误，开展结算清单填报治理，同步提高本地异地数据质量。三是信息赋能强化费用审核。异地就医调整为就医地审核后，广州等医疗资源高地审核压力激增，如，改革后广州异地就医审核工作量增加超过60倍。为做好异地住院费用审核工作，广东通过医保信息平台大数据比对、智能审核等方式，针对性的开展自查自纠、专项检查，全面加强省内异地就医医疗费用的审核力度。

三、主要成效

通过异地就医支付方式改革，医保端从被动付费向主动购买转变，促进了医疗服务的公平性和可及性，分级诊疗制度进一步深化，医疗资源和医保基金资源配置双优化，使用效率双提升，形成医院管理规范、患者就医便捷、基金运行可持续的良性循环，实现“医-保-患”三方共赢。

（一）推动医疗机构规范诊疗。引导医疗机构回归医疗服务本质，合理收治异地参保患者，改革后全省本地住院就医人次较往年同期上涨约7万人次；通过激励约束机制激发医疗机构合理收治患者、合理开展诊疗的内生动力。如，2022年某市医疗机构获得异地结余留用近6000万元。

（二）推动本地异地患者同病同治。异地参保患者享受到与本地患者相同的医疗服务，避免了过度医疗对参保患者健康的影响，同时减轻了患者医疗费用负担，参保患者满意度与获得感大幅提升。

（三）推动医保基金使用效率提升。支付方式改革后，2022年7-12月，省内异地基金支出在总支出中的占比较2021年同期下降约5%。如广东某市去年下半年，省内异地次均住院医疗费用下降超千元；今年1~9月，继续呈现明显下降趋势。

四、工作启示

习近平总书记指出：“人民对美好生活的向往，就是我们的奋斗目标”。支付方式改革是党中央、国务院关于医保高质量发展的重要决策部署，异地就医直接结算是关乎参保群众的切身利益和健康福祉的重要民生工程。广东在深入推进省内异地支付方式改革落地过程中深刻领会到，支付方式改革是一项系统性、复杂性工程，推动支付方式改革落地要坚持“以人民为中心”发展思想，坚持以“三医联动”为主抓手，充分结合实际，综合考虑各统筹地区间差异、满足异地患者就医需求等难点问题，高标准、严要求将支付方式改革落地各项工作做实做细，确保群众能充分享受到改革红利。

以智能提质效 促经办变“精办” 构建龙江数智化服务体系

黑龙江省医疗保障服务中心

【思路目标】

黑龙江省医疗保障服务中心牢固树立“以人民为中心”的发展理念，始终聚焦群众需求，狠抓服务质量，持续深化“放管服”改革，从线上医保智能化、线下医保数字化和制度标准体系化三大方面入手，不断加强经办服务体系建设，尤其是在优化 12393 服务热线、公共服务精细化管理等方面，积极探索出一条数智化引领的“新路子”。

【主要做法】

一、线上医保智能化，用好科技赋能“助推器”

（一）热线响应“零等待”，不打烊服务“有态度”。一是线上可信认证，助力热线“办得快”。为解决按键选择繁冗、人机沟通不便等难题，我省开通 12393 医保服务热线，整合全省 400 余部号码，打通“四网壁垒”，成为全国首个支持移动、联通、电信、广电的服务热线。参保群众可在线享受医保 5G 视频办“面对面”服务，通过公安库人证比对核验，实现个人业务秒办，用智能手段延伸柜台经办的服务半径。自热线开通以来，人工坐席累计接收群众来电 445 万余通，接通数 366 万余通，5G 视频办累计受理各类服务诉求 10.51 万人次，接通率 90.49%，满意率 99.69%。二是 24 小时不打烊，助力热线“打得通”。我省 12393 热线打破传统社交边界，用“真人”形象搭建医保数字客服，实现 7×24 小时服务温暖不打烊解答政策。上线至今，数字客服接听 22 万余通。三是及时更新知识库，助力热线“答得准”。为保证客服回复高效准确，持续完善智能知识库，截至目前，知识条目达 6000 余条，同时将进一步丰富医药、医疗等多维度知识，将医保数据资产覆盖扩大到十万节点级别。

（二）拉近经办“零距离”，全渠道赋能“有温度”。一是拓展服务“就近办”。为延伸医保多渠道服务，将 5G 视频办、智能客服赋能到

自助服务终端，应用到全省医保服务站，让没有智能手机的参保群众也能“就近”享受到贴心的医保服务。二是重点人群“暖心办”。积极探索适老服务，线下开通“绿色通道”窗口，为残障人士、老年人等特殊群体提供便捷的办理通道。线上通过智能算法识别服务现场的重点人群，提醒工作人员快速介入、及时处理。三是政策宣传“云上办”。通过“云”播放方式，全省同步播放、实时更新宣传视频，使群众在医保服务站或定点医药机构宣传大屏上就可以及时了解并获取医保政策信息。

（三）规范解答“零差错”，AI提质增效“有速度”。一是业务规范化。借助线上智能坐席助手、线下定向拾音器的方式，辅助经办人员快速判断群众关切问题和潜在服务诉求，规范服务用语，提供准确、详尽的医保政策解答，服务全程同步接受智能质检，确保业务规范解答“零差错”。二是培训常态化。省中心全员录制解读视频及试题，收集整理各统筹区培训资料，完善各级经办服务人员岗前业务培训、专题业务培训等课件，搭建医保网络学院，同时建立考评体系，强化考核结果应用，持续提升各级医保经办人员服务能力。目前医保网院共62位讲师、158个培训课件，已有3万名经办人员参与培训，视频播放时长累计超过157万小时。三是服务个性化。为丰富服务方式，在官网、公众号等渠道增加在线客服，提供文字、语音、视频等多种交流方式，方便群众选择适合自己的方式进行沟通，快速解答问题并积极吸纳群众意见，不断提升服务质量。

二、线下医保数字化，打好服务管理“组合拳”

（一）推进服务下沉，提升便民服务“速度”。一是让服务能力“沉”下去。为切实将服务向群众身边延伸，全面打造省、市、县、乡、村五级医保经办服务体系，梳理参保群众高频业务事项，将25项查询、18项业务办理权限下放至几万个两定机构、党政服务中心、银行的医保服务站，形成“一站式”医保服务站。二是让服务人员“专”起来。在各级医保服务站投放医保政策问答、业务办事指南等手册，结合日常培训考核，切实提升基层工作人员服务水平，以便随时为参保群众

关心的热点问题提供专项解答。三是让服务速度“快”起来。为解决医保专网铺设费用高、安全性难保障等问题，依托“互联网+”医保服务，为群众提供一体化管理服务平台、微信公众号、个人网厅等线上渠道，实现随时随地“网上办”“掌上办”。

（二）积极外引内联，拓展便民服务“广度”。一是扩展基层事项办理新途径。通过自助服务一体机提供高频事项自助查询、办理、打印等服务，依托网络摄像头进行安全监控，实现 24 小时无人值守“自助办”。经办人员可携带平板电脑为行动不便的群众办理医保业务，实现便携式服务“上门办”。二是探索“医银”合作新模式。与黑龙江省农商行战略合作，依托银行基层网点建立医疗保障服务站，发挥网点覆盖面及人员优势，合力推进医疗保障便民服务在更深层次、更广范围开展。三是多方联合助力旅游新发展。为保障异地游客在我省医保需求，与黑龙江省文化和旅游厅联合印发《关于开展医疗保障便民服务助力旅游发展的通知》，在符合条件的 A 级旅游景区所属区域定点医药机构及景区内设立医保服务站，目前已在佳木斯市富锦国家湿地公园、鸡西市密山市兴凯湖、中央大街人民同泰药店等景区内部及周边定点医疗机构建设标准化医保服务站，配备专（兼）职人员为游客提供政策解读、就医购药指引等便捷服务，受到广大游客的好评。

（三）强化数字赋能，挖掘便民服务“深度”。为提高全省公共服务监管能力，充分运用大数据、云计算等数智化手段，汇聚全省医保服务各类数据并进行系统化加工分析，围绕“人、事、物”等分析维度，动态展示医保服务站、经办机构、医保网院等画像，实现医保服务“人联、物联、数据联、服务联”多维度互通，形成“政务、业务、话务、网务”四务合一的数字医保决策大平台，提高全省医保数据的使用效率和实用价值，对工作推进、舆情预警等方面提供强有力支撑。目前，我省已建立 19763 家医保服务站，已初步打造“15 分钟医保服务圈”。

三、制度标准体系化，筑牢便民服务“压舱石”

（一）强化标准规范，践行经办服务新理念。一是建章立制，明确服务要求。制定《黑龙江省 12393 医保服务热线经办管理规程（试

行)》、《黑龙江省医疗保障服务站管理办法(暂行)》、《黑龙江省医保服务站分级建设标准》等一系列标准,做到场景设置、流程服务、业务语言、着装仪表、话务指标“五统一”,明确医保服务站标识标牌、硬件配备、服务事项等规范。二是纳入协议,推进服务下沉。为进一步督促和规范定点医药机构建设医保服务站,我省将医保服务站建设纳入2023年度定点医药机构协议范本中,并设置150分的高分值,占两定协议总分的15%,全省各统筹区统一执行考核,充分凸显医保服务站在定点医药机构管理中的重要性。三是申请地标,建设标准化体系。结合龙江医保特点,申请黑龙江省一体化医保管理服务综合标准化试点,并按照相关要求统一建设12393热线和医保服务站,进一步推动我省医保经办服务专业化、规范化。

(二)扩大经办范围,打破窗口服务局限。面对医保经办服务发展新需求,龙江医保在综合柜员的基础上重新定义,使每名经办人员既是一窗受理的前台柜员,也是“面对面”服务的12393热线话务人员,还是档案管理人员,更是各级医保服务站指导人员,打破窗口服务局限。一是学习培训“增本领”。从“学什么”“怎么学”出发,常态化开展线上、线下不同形式的培训和比武练兵活动,强化政策知识学习、熟练系统应用,提升医保工作人员业务水平和服务质量。二是监督考核“强管理”。通过建立考评奖励机制,每月按照热线接听量、窗口服务次数、满意程度进行排名,选出服务之星,促进每名经办相互监督、相互促进,激发工作热情与拼搏精神。三是优化服务“简流程”。对照服务窗口规范和要求,做到“六统一”落实29项服务事项清单,不断在服务群众上做“加法”,在经办环节上做“减法”,龙江医保高效暖心的经办服务受到参保群众一致好评。

(三)夯实责任意识,履行管服融合新担当。一是丰富窗口服务。为解决参保群众的“急难愁盼”问题,省市县三级医疗保障经办全部设立“办不成事”受理窗口,指派业务骨干作为服务专员,定向受理群众诉求,同时公示各级中心主任电话,推进“办不成的事”转变为办得成、办得好的事。二是强化体系建设。印发《关于进一步落实主要领导分

管经办加强服务管理工作的通知》，发挥“一把手”的引领导向作用，每日至少接听 1 通电话、解决 1 个群众诉求，建立起“一把手”抓经办机制，对经办服务工作亲自部署、强力推进、狠抓落实。三是深化经办工作。一把手通过亲临服务“现场”了解群众诉求，将“主管”思维转换成“主抓”思维，通过每月调度，全省一把手下沉“办不成事”受理窗口共受理 8100 件；接听 12393 电话 12041 通；体验式服务评价 2855 次，全省各级医保部门形成重视医保经办的工作氛围，各类资源逐渐向经办业务倾斜，为经办工作高质量发展提供强劲动能。

【工作成效】

黑龙江省医疗保障服务中心以多元化举措优化经办服务体系建设，激发医保新活力。一是管理更细化。树立“岗岗有标准规范，人人按标准履职”的理念，制定相关规章制度，统一工作标准，构建省、市、县、乡镇（街道）、村（社区）五级医保服务体系。二是经办更简化。积极拓展数智服务渠道，优化 12393 服务热线 5G 视频办，推进公共服务精细化管理，使群众办理复杂业务从过去到医保服务大厅 2-3 次减少为 0-1 次，简单业务实现“网上办”“自助办”“就近办”，避免人民群众“反复跑”“到处跑”。三是服务更优化。建设培训考评体系，强化考核结果应用，持续提升医保经办人员能力，把参保群众满意作为医保人的第一责任。

【经验启示】

习近平总书记提出“人民幸福安康是推动高质量发展的最终目的”，龙江医保将坚定以人民为中心的发展理念，深化建设规章健全、上下联动、培训系统、管理精细的经办服务体系，准确聚焦参保群众需求，当好“贴心人”，做好“服务者”，优化服务模式，将数智化能力运用到医保经办工作中，尤其是在人力、物力不足的情况下，用数字客服代替话务人员，用视频监控做到智能监管，用云屏全省同步推广医保政策，用移动终端为参保群众提供“就近”服务，切实推进医保服务沉得下、立得住、推得开，增强为民服务的精准性和时效性，着力为群众提供“有态度、有温度、有速度”的医保经办服务，真正把经办

工作抓实抓细抓出成效，不断提升广大参保群众的获得感、幸福感和安全感。

强化数字赋能 智能化便民化齐头并进 助力大连市门诊共济政策落地

辽宁省大连市医疗保障事务服务中心

2023年1月，按照国家和省统一部署，大连市正式实施职工医保门诊共济保障制度，通过施行差异化的定点医疗机构报销政策，实现了门诊慢特病从病种保障向费用保障的转变。面对改革初期群众购药难、基金监管难等问题，我市坚持数字经办改革创新，强化信息化体系支撑便民举措，开创“医药机构公开价格阳光导航服务”、“智能适老社保卡直接读处方”和“事前预控的管理系统”等三大先河。

一、思路目标

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的二十大精神，坚持问题导向，强化智慧经办，破解门诊共济改革难题，不断提升人民群众的获得感、幸福感、安全感。

二、主要做法

（一）多举措优化处方工作，铺好门诊共济“顺畅路”

一是开发独具特色的电子处方流转系统，解决基层备药不足延伸药店服务。所有基层医疗机构全部改造接口，药店实行处方有效期5天、多药处方可分药多次多家店结算和销方。同时针对老年人无智能手机，无法展电子处方码难题，还上线了“社保卡支持电子处方流转”程序，老年人可在基层开具电子处方后，到药店读实体社保卡下载电子处方医保报销。

二是优化医生开方搜索程序，解决群众开处方等待时间长的问题。配置协同优化方案，将21万多种全库药品优化到2.8万省挂网药，再根据药店历史售药品种剔除注射类优化到8千种，有效降低医生搜索药品时间。

三是指导医院优化处方录入方式，解决基层医生开方操作慢问题。将原来“一方一病一录”，改为多诊断录入一方，提升医生开方上传速

度；同时优化复用信息，首诊录入基本信息复诊免录；不外流处方和中药饮片免传电子处方等，有效提升医生操作速度，开方时间缩短一半以上。

（二）“掌上办”提速升级，架造智慧经办“便民桥”

一是开发门诊统筹药品“掌上比价神器”，与两定 HIS 进销存对接，解决群众查药询价难题，推动定点机构药价公开透明。市医保局公众号上线“门诊统筹药品价格查询”和“我的处方”模块，可查药价、查药码、查药厂、查售药点、查药店定位，链接导航服务提升处方流转效率和准确性。参保人买药前可对比价格、明白消费，保障其对药品价格的知情权和选择权。社区医生也可以通过该功能查询药房在售药品的品规，确保流转处方中药品的品规与药房在售的一致，避免患者拿着流转处方在药房找不到药的情况发生。

二是持续优化医保“掌上”诊间结算功能。为进一步缓解看病就医“缴费慢、排队烦”难题，继续扩大医保“掌上”诊间结算系统在全市定点机构的覆盖面，同时推出“成人代儿童认证”医保诊间结算功能。大连未成年参保人在已开通“医保诊间结算”的定点医疗机构就诊，家长可通过“成人代儿童认证”医保结算功能，实现未成年人医疗费用“掌上”报销，大大缓解儿科门诊缴费窗口人员聚集现象。

三是上线共济账户“掌上办”功能，家庭个账共济可自助办。2023年1月“大连市医保局”微信公众号上线了“共济账户”功能，职工医保参保人（授权人）完成家庭成员（使用人）身份绑定，使用人即可在就医购药时使用授权人账户余额，1名授权人可绑定6名家庭成员。

（三）建立健全三大系统，织密基金监管“防护网”

为解决门诊费用监管难题并提升结算服务，我市紧急申请市政府特批政务信息建设项目资金，建立“门诊统筹管控系统”（包括三大系统），制定53项监控规则，从门诊统筹结算行为的事前、事中、事后三个环节进行系统化监控。在全省率先实施以大数据应用为支撑的门诊病历分组（APG）点数法付费机制，促进医保支付精细化管理水平。

一是门诊统筹监控系统。基于处方流转平台及定点医药机构的进

销存数据，结合标准库和规则库数据，主要从门诊统筹结算行为的事前、事中、事后三个环节进行系统化监控，监控内容包含单个参保人时间范围内就医购药行为的合理性监控、对医师问诊开方用药合理性风险的监控、对定点医疗机构和定点零售药房的统筹基金结算数据、进销存数据进行综合分析及监控。针对参保人、定点医药机构、医保中心及相关部门提供不同的监管支持，为门诊统筹基金的使用安全提供全面保障。

二是移动支付和处方流转结算服务系统。创新医保服务模式，依托医保电子凭证和移动支付能力，建设移动支付和处方流转结算服务系统，以服务参保人为核心，将参保人就诊、定点医疗机构开方上传、定点零售药店购药结算等主要环节进行串联，实现处方在线流转、医保在线结算、处方智能监管，提供处方真实性溯源，提升药店处方真实性管理水平，加强医保基金安全管理。

三是 APG 门诊支付及健康绩效评估服务系统。实现基于大数据门诊按“APG 点数法”付费机制体系的配套支撑体系建立及持续运行服务。门诊按“APG 点数法”付费框架下的运行分析及病例审查服务体系。建设“APG 点数法”付费信息化支撑体系。

三、发展成效

目前，95.8%的符合范围定点医疗机构（662 家）和 76.4%的定点药房（3581 家）纳入门诊统筹定点保障，其中电子处方流转基层定点医疗机构 319 家，已经有 1113.96 万人次（132.92 万人）享受门诊统筹待遇 17.06 亿元，日享受待遇人次和基金支出稳步增长。基层机构统筹基金支出占比提升到 64%，分级诊疗格局初步建成，家庭医生签约人数扩大 7.92 倍达到 49.89 万人，基层医疗机构备药和诊疗设备水平大幅提升。

一是医药机构公开价格阳光导航服务。“门诊统筹药品价格查询”以其“全面覆盖门诊统筹定点药库”、“实时动态对接医药机构进销帐”、“智能贴身服务便民全年无休”、“阳光运行改革同步管理价格”等我市独创的四大亮点，一经上线立即获得全网点赞，社会满意度极高。尤

其是对医保部门充分体察民情，促使医药机构自愿公开价格高效服务群众，比起多年来的繁琐、买药要跑好多店，根据各家不同的优惠活动如“会员日打折、买三赠一、第2盒半价”等逻辑计算比较出性价比最高的药，现在医保改革推动下，一步到位达到“顶配”，誉为“史上最为成功的改革”。

二是智能适老社保卡直接读处方满足群众需求。“社保卡支持电子处方流转”程序极大地迎合中老年人用卡购药的传统习惯。手机和社保卡双渠道支持处方流转，各年龄层群众反馈“便利度极高”。截至10月11日，向定点零售药店流转处方77.56万张，统筹基金14876.10万元。

三是事前预控功能全环节监控基金安全。处方流转打破了社区药品资源不足、老百姓买不到药的困境。门诊统筹管控系统实现医保部门对就医各环节的管理监测，为门诊统筹基金的使用安全提供全面保障，守好参保人的看病钱。

四、启示

强有力的信息化建设，是提升医保经办能力的重要抓手，我市门诊共济改革充分利用信息化和医保系统优势，以百姓需求和优化营商环境为出发点，研究技术可行性，不断提升经办服务质量、优化便民惠民举措、保障医保基金安全，打造高效便民的医保服务体系，持续提升人民群众获得感、幸福感、安全感。

以“练”促学 以“学”促干 开展练兵比武系列活动 凝聚为民服务新动能

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（以下简称“市医保中心”）是广州市医疗保障局管理的公益一类事业单位，市医保中心深入开展学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想主题教育，落实新时代好干部标准，以练兵比武活动为契机，聚焦为民办实事，不断提升经办队伍业务水平，凝聚为民服务新动能，高质量推进全市社会医疗保险、生育保险、长期护理保险、市直机关事业单位医疗保障和广州地区药品、医用耗材招标采购等医疗服务管理及经办工作，为广州市近 1400 万参保人、异地来穗就医约 700 万人提供优质医保服务，2023 年 9 月市医保中心荣获“全国医疗保障系统先进集体”荣誉称号。

一、思路目标

市医保中心始终践行习近平总书记新时代好干部标准，培养造就高素质医保经办队伍。市医保中心结合 2023-2024 年度全国医保经办系统练兵比武活动部署，扎实开展练兵比武系列活动，把练兵比武与主题教育相结合，以练兵比武系列活动贯穿全年的教育培训工作，打造练兵比武学习平台，开启“培训+练兵+比武”模式，构建医保经办特色的培训模式。通过练兵比武系列活动，提升干部职工综合运用政策知识解决问题的能力，以改革创新破解发展难题，推动服务事项全面提速、服务体验全面优化，全面落实“为民办实事”实践活动。

二、主要做法

（一）抓好“三个结合”，吹响练兵比武“集结号”

广州医保通过党建与业务相结合，行政与经办同步比等形式，推动练兵比武活动全面开展。一是坚持主题教育和练兵比武结合。广州医保以练兵比武为载体，将练兵比武纳入主题教育推动发展重点项目清单，印发 2023 年练兵比武活动实施方案，成立活动领导小组，突出政治引领，练强专业技能，以“实战”历练队伍，以“练兵比武”成果

检验主题教育成效。二是坚持政策法规和经办业务结合。本次活动紧密结合广州医保实际，由机关各处室、局属各单位同步建设题库，收集群众关心的热点、难点问题，整理单选题、多选题、填空题、判断题等题型题目 600 余题，既考察干部对医保政策法规的理解运用能力，又考察经办专业化水平和实际操作能力，同时考察干部经办服务沟通协调能力，确保提升经办队伍为民办实事的能力。三是坚持行政与经办同步练同步比结合。广州医保练兵比武活动从启动之初，就明确全系统行政部门与经办机构同步练兵、同步比武。8 月份由局属各单位、机关各处室联合组成 9 支代表队伍，进行全市范围比武竞赛。通过活动，进一步促进了行政管理和经办服务的交流，进一步推动医保系统上下一盘棋格局。

（二）做到“三个全面”，打好练兵比武“组合拳”

广州医保通过创新活动的形式和内容，紧紧围绕“为民办实事”的总体要求，不断开拓练兵比武活动的广度和深度。一是全面开展分层分类网络答题活动。6 月份，覆盖全市医保经办系统人员，组织开展分层分类网络答题活动，通过编写印发政策汇编、限时测验、每日一练、每周一考、竞赛排名等形式激发干部职工练兵比武热情，活动期间共组织 6 次网络答题，参与在线考核人数共计 2450 余人次。10 月份，组织上线“医保云练兵”微信小程序平台，开展答题活动，不断激发干部职工学习热情和能力提升的内生动力，凝聚为民服务的新动能。二是全面开展组团比武竞赛活动。7 月份，11 个分中心通过结队组团等方式开展分中心的练兵比武知识竞赛，通过业务骨干混搭组队开展竞赛，以赛促学、以赛促练，有效解决市医保中心点多、线长、面广，工作标准难统一的难题，同时达到交流经办经验的目的。三是全面开展练兵比武竞赛活动。8 月份，开展全系统的练兵比武大赛，首次采用台上 36 名选手与台下 90 名后援团成员共同参赛模式，通过比赛充分展现出医保队伍积极进取、团结协作、勇创一流的精神风貌，掀起练兵比武大热潮。同时遴选出了部分种子选手，为下一步参加省及国家层面的练兵比武做好准备。

（三）做到“三个坚持”，提升为民服务“硬功夫”

突出目标导向，坚持以活动提认识、强服务、转作风，推进练兵比武活动走深走实。一是坚持以活动提认识。把坚持以人民为中心的新发展理念贯彻到练兵比武活动全过程，提高岗位认知，提升服务意识，增强行动自觉，强化责任担当，纵深推进“放管服”改革，持续完善医保政务服务体系，强化精细化数字化管理，优化政务服务便民措施。二是坚持以活动强服务。开展练兵比武活动，通过以比促练、以练促用，力争在提质量上有突破、在强服务上有突破。精心谋划“我为群众办实事”便民举措，印发《建设医保基层服务体系推动公共服务下沉工作方案》，持续完善医保政务服务体系建设，医保服务覆盖市、区、街镇、村四级。三是坚持以活动转作风。广州医保充分利用练兵比武活动的有利时机，进一步加强内部管理规范建设，引入第三方机构开展内部控制风险评估及内控专项检查。常态化开展内控管理自查自纠，组织对经办业务工作标准进行经办风险评估，进一步健全风险处置机制，不断推进行风建设，切实转变工作作风。

三、主要成效

广州医保以练兵比武系列活动为契机，切实把练兵比武活动成果转化为推动“为民办实事”的内生动力。

（一）以练兵比武为契机，全力打造医保服务品牌。通过练兵比武，广大干部思想认识、眼界格局、理论水平、工作能力都有很大提升，提升了干部职工综合运用政策知识解决问题的能力，有效促进练兵比武与业务发展有机联动，以业务技能比武的“点”，辐射带动医保窗口对外服务的“面”。2023年广州医保推动经办管理服务高质量发展成效显著，服务大厅与年初相比来访量减少了约2700人次/天，降幅达57.4%；大力推动公共服务下沉，打造“15分钟医保服务圈”，开通“视频办”，创新“云签约”，开通医保政务服务“云窗口”，通过“云坐席”为群众提供100项服务事项的远程实时视频服务，通过电子签约减少定点医疗机构跑腿办事，创新开展就医信用无感支付试点工作纳入2023年广州市十件民生实事之一。

（二）以练兵比武为契机，探索干部培训新模式。广州医保以练兵比武系列活动贯穿全年的教育培训工作，每年组织开展培训需求调研和培训计划调研，印发年度培训计划，开展分级分类精准培训，强化行政执法、舆情应对等培训。以练兵比武系列活动作为教育培训的重要载体，根据“缺什么、补什么，需要什么、培训什么”的原则，创新方式方法，突出问题导向，把“大水漫灌”变为“精准滴灌”。同时通过常态化组织窗口锻炼以及创新开展网络答题等方式方法，重点解决“工学矛盾”“本领恐慌”等难题。

（三）以练兵比武为契机，弘扬团结奋进、争先创优精神。练兵比武活动以“全员参与、注重实效、锻炼队伍”为目标，广大干部职工积极主动地投入其中，将比赛精神融入到日常本职工作中，责任意识进一步增强，担当作为的积极性和主动性得到明显提升，比学习、比担当、比创新，人人学政策，人人钻业务，人人强服务，争做全市乃至全省全国的业务标兵，为践行医保为民利民便民惠民的初心使命贡献力量。

四、主要启示

市医保中心开展练兵比武系列活动的做法，给我们做好新时代的医保经办服务能力提升工作提供了许多有益的启示。

（一）秉承“为民办实事”初心，分级分类精准开展培训。日常干部教育培训工作，特别是经办队伍业务能力提升工作要秉承“为民办实事”初心，培训工作要根据不同对象不同内容，分级负责分类指导，不断提升做好新时代群众工作的能力。

（二）要创新方式方法，聚焦成果转化运用。开展练兵比武活动时要注重创新方式方法，用管用的方式解决问题，以考促学、以练促行，切实把练兵比武成果，转化为为民办实事、办大事的强大动力。

（三）要常态化组织练兵比武，建立人才培养长效机制。练兵比武活动的一大特点就是突出了竞争性，考察了参赛者的能力和水平，使得真正优秀的人才能够脱颖而出。常态化组织练兵比武，为取得练兵比武优异成绩人员在年度考核、干部提拔、职级晋升等方面打通向

上通道，充分调动干部奋发向上的积极性，形成人才培养使用的有益循环模式。

服务进基层 政策进万家

山东医保听民声解民忧办好为民实事

山东省医疗保险事业中心

一、思路目标

医保服务的对象在基层、工作重心在基层、政策落实在基层。抓好新时期基层医保服务工作，顺应群众需求，符合发展实际，适应时代要求，是推动医疗保障高质量发展的题中之意。山东省按照主题教育要求认真学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，坚持大抓基层鲜明导向，按照全省医保系统深化“作风能力提升年”活动建设要求，创新开展“医保干部进基层”“医保政策进万家”活动，发动全省医保经办干部走基层、进万家、听建议，深入一线讲政策、办业务、走流程，摸清问题建台账、出实招、求实效，切实将医保服务下沉一线，充分发挥听民声、办实事、解民忧效能，同时不断锤炼干部队伍，促进医保经办服务水平全面提升。

二、主要做法

（一）同向发力，建强队伍提能力。一是以医保干部为先锋队，建立引领机制。实行省市县医保部门“三级联动”工作模式，以业务骨干为主体，建立医保部门与基层医保工作站点、定点医药机构、参保单位、参保群众的联系机制，全省开展医保干部进基层 4.5 万人次，实操办理业务，体验窗口办、网上办、掌上办、基层办流程，听意见、办实事，突出强化为民服务导向，锤炼为民办实事能力。二是以“医保明白人为”中坚力量，实施培育工程。全省范围内开展“医保明白人”培育工程，在镇街社区、定点医药机构、医保工作站点、大型企业及社区网格员中择优选取人员培育为政策上“一口清”“问不倒”，业务上“上手快”“办得好”的基层“医保明白人”3.8 万人，利用他们深入群众的便利条件，有效搭建医保与群众沟通的桥梁，补齐基层医保服务能力配置短板。三是以基层医保工作站点为主阵地，营造良好氛围。以县

级医保业务骨干为主力，选取业务精、宣讲好的同志组建 4.8 万人的高质量宣讲团队，进社区，进村户，进商超，赶大集，重点就医保经办服务流程、待遇标准、集采降价惠民政策等开展宣讲，全省累计开展 3851 场，覆盖群众 38.2 万人。

（二）同频共振，深入基层提服务。一是在“两进”活动阵地上，广覆盖、沉到底。2023 年，全省医保经办系列宣传活动全部纳入“两进”活动统筹，统一亮明“医保干部进基层”“医保政策进万家”服务品牌，省、市政府召开新闻发布会 20 余场，省广播电视媒体制作播放专题栏目 40 期，开展参保扩面集中宣传月、异地就医集中宣传月、基金监管宣传月等活动 60 余场次，极大拓展了宣传覆盖面，提升了群众对政策的知晓度。二是在“两进”活动内容上，多角度、全覆盖。统一印制《医保干部进基层记录本》，建立“问题收集—整改—反馈”运行机制，对收集到的服务规范度、清单落实力度、网办便捷度等仍需进一步提升的问题按职责权限分级，逐个销号解决。三是在“两进”活动形式上，接地气、零距离。动员各级医保干部进“五类场所”（基层服务大厅、基层工作站点、定点医药机构、参保单位、社区村居），提“五个问题”（重点任务落实情况、经办服务开展情况、医保协议履约情况、服务流程优化情况、群众满意度情况），体验“五个流程”（窗口办事流程、业务实操流程、网办掌办流程、基层帮办流程、就医结算流程），采取“不亮身份走流程”“四不两直进基层”“医保干部坐窗口”“现场办公解难题”等形式，体验窗口办事、医保工作站点服务、门诊住院费用报销等全事项流程，了解当前服务能力存在的短板。

（三）同条共贯，打出实招解难题。一是建立包联机制，压实工作责任。加强省市县联动，确定基层联系点，由分管领导带队，建立包联基层经办机构、医保工作站点、两定机构、参保企业单位、参保群众工作机制，统筹推进活动开展，相互交流经验，共同解决群众急难愁盼问题。二是建立问题销号机制，切实问计于民。对于摸排走访发现的问题形成清单，列出解决措施，建立群众点单、联系点派单、医保经办机构接单、群众评单机制，确保问题解决不打折扣，不留尾

巴。“两进”活动开展以来，累计收集各类问题 1.2 万条，全部给予回复解决。三是建立长效机制，持之以恒推动落实。将“两进”活动纳入重点工作，建立动态台账，定期调度开展情况，用好“医保干部进基层”记录本，评选典型案例 14 篇提高各地积极性，形成以督导促落实、以落实促服务、以服务促民意的工作闭环。

三、获得成效

（一）推动经办管理提质增效。一是参保扩面成效显著。通过“医保干部进基层”活动摸清未参保人员底数，“医保政策进万家”活动广泛宣传参保缴费政策，在全省掀起参保扩面热潮，截止 2023 年 10 月底，全省参加基本医疗保险人数 9647.58 万人，提前完成国家医保局下达的任务目标。二是回应群众关切更到位。创新新媒体宣传，采取线上线下、双线并行，活用抖音号、快板书、山东琴书等等群众喜闻乐见的多样化方式开展宣传，让群众“多走一步，多看一眼，多坐一会，多聊一句，多听一点”，更好解决事关群众切身利益的“医保小事”。三是政策制定更暖心。聚焦急难愁盼问题，制定出台多渠道办理异地就医备案等医保服务 20 项便民惠民服务措施，让群众享受到质量更优、覆盖更广、体验更佳的医保服务。

（二）推动经办服务优化提升。一是推进经办服务精细化。通过实地调研及业务信息数据分析评价，重点围绕办事材料、办结时限核查服务事项清单落实情况，通报问题不足，督促各地立行立改，有效促进服务效能提升。二是推进经办服务标准化。深入实施医保经办服务“六统一”流程再造，大力推行医保经办服务标准化建设，开展标准化窗口创建工作，截止目前已先后确定三批 113 个标准化窗口。三是推进经办服务一体化。巩固“15 分钟医保服务圈”成果，在全省 3.5 万家基层医保工作站点开展规范提升行动，搭建一体化基层医保服务信息平台，畅通业务流、信息流、数据流，实现医保业务就近受理、业务一体化管理、服务标准一体化提升。

（三）推动惠民措施创新升级。通过“两进”活动开展深入基层一线，及时掌握“第一手”材料，针对排查发现的问题深入分析，创新推

出惠民解决措施。一是主动靠前服务。紧扣群众需求，创新推行省内医保关系转移接续、职工在职转退休医保待遇、生育保险待遇、门诊慢特病病种待遇（器官移植术后抗排异、恶性肿瘤放化疗）4个具备条件的医保服务事项开展“免申即享”服务，由医保部门自动筛选触发业务流程，通过部门数据共享实现材料自动归集和业务智能办理，参保群众无需申报“无感”享受医保待遇。二是优化集成服务。推行“集成办”，医保服务事项“一网通办”，新生儿出生、员工录用、企业职工退休等“一件事一次办”，有效减轻参保群众负担，实现医保服务“零距离”。三是拓展服务场景。推出“一条短信”工作法，优化全省统一的医保短信服务平台，推出“鲁e保”智能客服，免费将医保知识、政策、服务事项办理情况等及时精准送达参保人员，实现由“群众找医保”向“医保找群众”转变。

四、工作启示

（一）站稳群众立场，深入基层听民声。医保经办机构作为重要民生保障部门，要时刻践行以人民为中心的发展思想，以群众呼声为“航向标”，始终聚焦人民群众的急难愁盼问题，围绕“两进”活动发现群众医保需求，增加医保服务供给，从创新方式方法、完善工作机制、提升服务质效上下功夫。

（二）坚持一线工作法，真抓实干解民忧。“两进”活动能量不竭，无外乎思路在一线形成，问题在一线解决，发展在一线推动，使医保便民惠民的具体措施落实到为民、安民、利民的方方面面，奠定坚实的群众基础，实现了技术理论创新和政策实践探索的良性互动。

（三）坚持服务导向，一心为民办实事。“两进”活动以解决群众看病就医不够便利等急难愁盼问题作为出发点和落脚点，针对基层群众反响最大、期盼最多的突出问题，紧盯问题关键，靶向发力，精准有效打通了医保服务“中梗阻”，不断增强人民群众医疗保障获得感、幸福感、安全感。

用心用情打造生育友好型社会

河北省全面实现生育津贴自动申报

河北省医疗保障局待遇审核中心

生育政策是公共政策的重要组成部分，关系千家万户的和谐幸福，也关系国家和民族的长远发展。习近平总书记在党的二十大报告中指出：“优化人口发展战略，建立生育支持政策体系，降低生育、养育、教育成本。”河北省医疗保障局全面学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想 and 党的二十大精神，扎实开展习近平新时代中国特色社会主义思想主题教育，持续践行“学思想、强党性、重实践、建新功”总要求，紧盯让群众“看好病、少花钱、少跑腿”工作目标，结合“提高实际报销比例、提升医保经办服务便利化水平”工作主线，深入挖掘人民群众在生育津贴申报中遇到的“急难愁盼”问题，用实劲、出实招、见实效，8月1日全省实现生育津贴自动申报。

一、主要做法

河北省医疗保障局始终把医保工作融入新发展格局，持续增强系统观念和大局意识，牢固树立以人民为中心的发展思想，坚持深入调研、积极创新，主动靠前解决参保人实际问题。

（一）顶层设计，协同发力。河北省医疗保障局党组高度重视，将“生育津贴自动申报”列入《河北省医疗保障 2023 年工作要点》，工作推进中，局主要负责同志亲自谋划、现场指导，分管领导全程参与、定期督办，业务部门与信息化团队全力配合、协同推进。在广泛调研参保单位、参保群众、医疗机构和省内外医保经办机构基础上，经反复研讨和流程模拟，明确了系统建设的目标和功能。生育津贴申报完全摒弃了原来通过参保群众整理纸质资料在手机办理的申报办法，实现出院结算系统自动完成申报的新模式。即：符合享受生育津贴待遇条件的参保女职工，在省内医保定点医疗机构住院生育直接结算，生育津贴在定点医疗机构自动生成，参保单位就生育人的生育信息及产

假期间工资发放情况进行核准，医保经办机构审核拨付。

（二）规范标准，稳妥推进。一是广泛调研走访省内医保经办机构和生育专科医院，确定医保定点医疗机构需上传生育信息中的项目内容。针对因各统筹区生育病种编码不统一，影响跨统筹区就医直接结算的问题，印发《河北省医疗保障局关于统一使用河北省生育病种项目编码的通知》（冀医保函〔2023〕79号），将14个生育常见病种编码进行统一规范，实现了生育费用省内直接结算，为生育津贴自动申报打下基础。二是充分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设计、开发生育津贴自动申报系统，邀请多家医疗机构和参保单位反复测试，确保系统功能完善，快捷好用，为推进工作落实提供全方位保障。系统研发成功具备上线运行条件后，印发《河北省医疗保障局关于省本级试运行生育津贴自动申报工作的通知》（冀医保函〔2023〕60号），2023年6月15日省本级生育津贴自动申报工作开始试运行。

（三）全省推广，扩大宣传。一是生育津贴自动申报在省本级近2个月的试运行期间，加强跟踪监测，发现问题及时修正完善。系统运行顺畅后，印发《河北省医疗保障局关于在全省开通生育津贴自动申报工作的通知》（冀医保函〔2023〕81号），全省于8月1日全面开通生育津贴自动申报工作。二是通过官方网站、微信公众号、医疗机构宣传栏等多种渠道，广泛宣传生育津贴自动申报政策的相关内容，包括政策依据、申报条件、申报流程、申报时间等，让广大参保人充分了解政策内容，解除参保人的后顾之忧。

二、工作成效

河北省生育津贴自动申报目前覆盖18个统筹区，自实施以来受理申报2209人次。从实际效果看，已彻底实现申报“零跑腿”，大幅缩短了申报周期，审核工作也更加精准规范，得到了参保人的一致点赞。

（一）生育津贴申请“零跑腿”。河北省医疗保障局始终坚持为参保人解决实际问题，2022年已经实现生育津贴参保人手机端“不见面”

自助申报，但仍有部分参保群众缺少病历资料需要到医疗机构跑办，生育津贴自动申报在定点医疗机构自动生成，参保群众无需自己申报即可享受生育津贴待遇，生育津贴申报服务真正做到让参保群众“零跑腿”，减轻了跑办负担，节省了时间成本。

（二）生育津贴申报“即时办”。以往生育津贴申报，需参保人自助申报，部分参保群众受限于政策知晓度差、收集整理材料、生育后休养恢复等原因，导致申报时间滞后，无法及时享受生育津贴待遇。目前生育津贴自动申报，在参保人符合享受条件的情况下做到出院即时申报，经办机构在最短时间内完成生育津贴的审核发放，最大程度简化手续缩短时限，确保参保群众“尽享”“快享”，实现更加快捷高效的医保服务目标。

（三）生育津贴信息“自动核”。生育津贴自动申报实施后，医疗机构通过信息平台向医保经办机构推送生育信息，减少中间环节，消除人为因素对申报数据的影响，避免了虚报假报，保障了医保基金安全。同时申报审核发放全流程“数据点对点”，信息平台自动提取校对生育信息数据，减少了经办人员手工操作环节，规避了人工审核误差，提高了工作效率，使审核环节更加规范、准确。

三、几点体会

生育津贴自动申报工作的实施，是河北省医疗保障局主题教育成效的具体体现，提增了服务质量，提高了工作效率，提升了医保形象，让人民群众获得了更多满足感和幸福感。

（一）始终坚持以为民造福作为工作出发点。河北省医疗保障局深刻理解把握“政绩为谁而树、树什么样的政绩、靠什么树政绩”这一重大问题，把为民造福作为最重要的政绩、把为老百姓办了多少好事实事作为检验政绩的重要标准，紧密结合主题教育要求，聚焦民生领域突出问题，关注人民群众期盼，精准发力为群众排忧解难。

（二）始终坚持把医保工作融入发展大局。河北省医疗保障局旗帜鲜明讲政治，自觉把医保工作融入党和国家发展大棋局中，找准融入大局服务大局的切入点着力点，生育津贴自动申报应对了国内人口

形势变化、贯彻落实了党的二十大精神、展示了政府为民办实事的决心和能力，获得了人民群众的一致认可，做到了既为一域争光、更为全局添彩。

（三）始终坚持用信息化手段推动工作创新。河北省医疗保障局持续强化信息化建设，不断开发完善医保信息平台功能，以信息化赋能医保服务，跑出医保服务便民“加速度”。面对问题和挑战勇于创新，用新的思路和方法解决问题，坚持让数据多“跑路”，让群众少“跑腿”，主动靠前服务，做到群众需求延伸到哪里，医保信息化服务就跟进到哪里，不断利用信息手段提升人民群众的获得感、幸福感、安全感。

创新“医保快递”经办服务新模式 探索“三医联动”协同发展新路径

湖南省张家界市武陵源区医疗保障局

一、思路目标

张家界市武陵源区地处湘西北，是世界自然遗产、世界地质公园，总面积约 397 平方公里，下辖 6 个乡（街道），15 个行政村、18 个居委会，总人口 6.2 万人。由于地处武陵山脉腹地，约 2 万余名偏远乡村群众受制于诸多客观因素，不能及时享受优质的医疗保障服务。为解决偏远山区群众看病难、买药难、报销难、办事难等基层医疗保障服务痛点问题，武陵源区深入贯彻党的二十大提出的“促进医保、医疗、医药协同发展和治理”要求，认真落实习近平总书记关于医药卫生体制改革重要论述和国家、省、市对医保经办工作要求，坚持为民办实事原则，在全国首创“村民群众动嘴、干部数据跑腿、医保快递上门”的经办服务新模式，引导基层“三医”协同发展。经过一年多的探索实践，武陵源区偏远村居基本实现“医保办理不出村、特殊群体有代跑、重点对象就医畅”。

二、具体举措

（一）建好平台，服务群众有“力度”。突出便民惠民导向，强化“四项”服务，形成网格化服务网络。一是搭建“服务窗”。提质改造基层医疗卫生机构，相继建成 6 家标准化卫生院（卫生服务中心）。整合现有村级服务设施资源，将医保服务站整合进村部便民服务大厅，配备医保业务相关设备，连接医保业务网络，开通 15 个行政村卫生室门诊统筹医保定点业务，为群众、游客提供“一门进、一站式”服务。二是配强“服务团”。从年轻党员、村干部、医保专干中选优配强“医保快递员”，落实村卫生室和乡村医生基本生活补助、运行经费补贴等七项保障待遇，为乡村医生队伍提供多途径发展平台和提升平台。三是添置“服务车”。为方便“医保快递员”和乡村医生上山入户开展服

务和运送物资，给武陵源区 15 个行政村统一添置服务专车，喷涂“中国医疗保障”颜色、字样、logo，购置意外伤害保险，强化行车安全知识培训，保障人车安全。四是串联“服务圈”。创新“多级联动、接力服务、全程代办、无偿代理”的“医保快递”运行机制，为群众提供“送”（送政策、送药、送诊下乡），“收”（上门收资料、建好健康档案），“购”（为高龄、行动不便、交通不便等人群代购药品），“办”（医保业务“一次办”“一网办”“上门办”），“联”（串联公共卫生机构和医疗机构、开辟重点关注对象就诊绿色通道、定期开展义诊和卫生健康服务）等零距离暖心服务。

（二）优化措施，为民办事有“温度”。坚持把民生实事办到群众“心坎上”，以群众需求为出发点，确保服务群众“一个都不能少”。一是重点人群“户户到”。为武陵源区 7412 名 65 岁及以上老年人建立健康档案，重点关注“五老（老党员、老干部、老劳模、老军人、老教师）、三弱（残疾老人、孤寡老人、特困老人）、一慢（慢性病患者）”等群体，每年提供 1 次免费健康体检，开展家庭医生上门签约服务，为基层群众提供用药指导和基本诊疗服务。二是快递名片“人人有”。定制名片，明晰联系电话、代办业务、服务事项，群众“一卡在手”，反映诉求、联系服务更加便捷高效。三是外出人员“时时办”。完善外出务工人员台账，建立“乡亲群”微信服务平台，“医保快递员”适时快速高效为乡亲提供代办、答疑解惑服务，医保服务由“窗口办”变“线上办”，彰显为民办实事的武陵源温度。

（三）加强管理，工作开展有“尺度”。聚焦服务开展的“人财物”三要素，扎好监督管理网。一是考核评定管好“人”。建立健全“医保快递员”管理、保障、考核制度，依据年度工作情况、群众意见反馈，评定为基本合格、合格、优秀三个等次，武陵源区财政每年分别给予 2000 元至 4000 元不等的补助保障。乡村医生由卫健部门统一考核，落实项目补助经费。实行乡村医生合理退出机制，按照在岗年限发放生活困难补助，缓解乡村医生老年生活困境。二是严格监管守好“财”。加强村卫生室普通门诊结算日常监管，增强基层规范使用医保基金意

识，按月比对药品“进销存”，重点监管异常增幅情况，防止出现虚开发票，串换药品、耗材、物品等骗取医保基金支出的现象，构建事前提醒、事中审核、事后监管全流程的基金防线。三是完善设备用好“物”。为各基层医疗机构配齐各类急救及基本医疗设备，开通与湘雅医院的心电图远程会诊业务，全面改善基层医疗服务条件。同时完善村级医保服务站和村卫生室医保报销结算设备，给“医保快递员”配备桌面式、手持式医保业务综合服务终端，让就诊报销都能在群众“家门口”实现。

（四）健全机制，模式运行有“制度”。立足常态长效，建立四大服务机制，形成可复制、可推广的基层医疗保障服务模式。一是建立信息收集机制。采取“固定设施、流动服务”的形式，定期开展“医保快递员”走访、乡村医生巡诊“双入户”，共同为重点关注群体完善健康档案，生成“待办清单”“用药清单”。二是建立三级配药补给机制。坚持“城区大药房+基层卫生院+村卫生室”三级联动，村卫生室依据“用药清单”，在药品集中带量采购时上报，及时补充基本药物库存；确定定点协议医药机构作为重点关注群体非基本药物“补给点”，由“医保快递员”根据需求进行配送。三是建立医保业务代办机制。“医保快递员”提供上门办理、收取资料代办、3日内反馈服务，从“代购代办”扩展至“全程代理”，承担23项医保政务服务事项，形成“群众点单、多方收单、医保派单、卫生室接单、‘快递员’送单”的闭环服务机制。四是建立就诊“绿色通道”机制。深入推进医疗卫生城乡一体化改革，促进优质医疗资源及医疗技术人才“双下沉”。为重点关注群体筛选优质医疗资源，根据病症联系定点市、区医疗机构，建立就诊绿色通道，及时为其提供相应治疗方案和医保经办服务，实现“小病不出门、服务到家门”。

三、实施成效及启示

（一）有力延伸了医疗保障服务触角。通过健全医保服务区乡村三级经办体系，武陵源区参保对象向区医疗保障事务中心咨询政策电话同比下降30%，村级医保服务站业务量同比增加108%，山区群众在“家门口”就医购药同比增加28%，“医保快递”成了“三医”服务延伸

至偏远山区的触角。

（二）积极探索了三医协同发展路径。加强村卫生室与村级医保服务站协同联动，促进市、区、乡（街道）、村（居）医保部门、医疗机构和医药企业相互融合，有效弥补乡村医疗保障服务短板，基层医疗卫生队伍更加健全、市区优质医疗资源得以共享，武陵源区医保普惠保障实现全覆盖。

（三）加快构建了基层治理新模式。“医保快递”的推行，搭建了干群“连心桥”。一批年纪轻、学历高、熟村情、肯干事的村支“两委”成员或医保专干活跃在乡村，通过定期走访入户，面对面与群众交流，收集群众难题、提供服务咨询，让老百姓“足不出户”就能享受便捷的医疗保障服务，为民服务事项不断完善，细节不断优化，群众真真切切感受到了基层治理带来的实效。

（四）全面提升了参保对象的获得感、幸福感、安全感。“医保快递”的实施为参保群众开辟了一条医保经办“快车道”，极大程度地简化了办事流程，降低了报销、办事、就医及购药的个人成本，大幅度提升了参保群众的获得感与幸福感。自实施以来，“医保快递”为武陵源区参保群众组织了 7 次义诊，送去价值 3.9 万元的药品，经办代办业务 4017 人次，落实医疗保障待遇 350 多万元，惠及人民群众 2.3 万余人，占全区人口总数的 41%。在 2022 年 12 月抗击疫情关键时期，充分发挥“医保快递”作用，第一时间为偏远山区 1200 名群众送去退烧药，后续又为 304 位重点关注对象送去包含止咳药、退烧药、肠胃药等在内的“爱心抗疫包”。

南京医保创新打造全民参保“掌中宝”

江苏省南京市医疗保险管理中心

习近平总书记在党的二十大报告中指出：“增进民生福祉，提高人民生活品质，健全社会保障体系，健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次社会保障体系，扩大社会保险覆盖面。”建立健全覆盖全民的医疗保障制度、不断提高医疗保险待遇水平，是医疗保障部门的根本使命，也是医疗保障部门的核心工作。我市坚持把扩大基本医保覆盖面作为贯彻习近平总书记针对医疗保障领域重要讲话精神的重要抓手，积极推进全面参保工作。

一、工作思路

一是坚持数据为轨。“只下指标不下数据”，全民参保工作就犹如“盲人摸象”“大海捞针”，基层只能用排除法，挨家挨户做“人口普查”，把精力耗费在重复琐碎的日常工作上，效果也得不到根本保证。改变这一现状就必须牢牢将“数据”作为推进工作的第一要素，实现政务数据共享与参保扩面工作的深度融合。二是实现共享成链。因为安全、隐私、合规等多种因素相互作用，跨部门数据共享往往陷入“不敢共享”“不愿共享”“不能共享”困境，改变这一现状就必须通过建立上下贯通的省市协同工作机制和左右联动的部门协同机制，打破各部门间的业务“数据壁垒”和“信息孤岛”，实现跨地区、跨部门数据分析比对，提升全民参保扩面针对性。三是创新工作模式。传统模式下的入户调查，只能依靠脑记笔录，汇总结果也只能通过手工台账。标准不统一不规范，易出现误报、漏报、盲报现象，个别经办人员为了应付考核，甚至瞒报、虚报，改变这一现状就必须创新改变原有工作模式，打造一个人人能查、人人能用、公开透明、简便易行的公共操作平台。四是强化统计分析。没有统计分析，缺乏事中监督，结果只能是“基层报什么认什么”，最终导致结果和过程严重脱节，改变这一现状就必须增加统计分析手段，强化统计分析能力，开发统计分析模块。

二、主要做法

（一）“广比对”实现数据“从缺到全”。一是向政府专题汇报，推动成立医保、财政、税务、市场监督、公安、民政等多部门为成员的工作专班，打破固有体制瓶颈，筑建常态化的跨部门数据共享机制；二是明晰权责，明确数据来源方、管理方、使用方，厘清数据所有权、使用权和收益权，杜绝数据安全隐患，提升使用效能；三是优化信息系统和数据结构，持续提升数据应用的安全性、数据传输的稳定性、数据同步的实时性、数据内容的完整性和数据共享的兼容性；四是多角度论证，谋求部门共赢，提升共享意愿，形成跨部门数据共享和应用的可持续发展，既管当前也利长远。

（二）“勤清洗”实现数据“从全到细”。一方面以目标为导向，汇集跨部门数据时应尽可能确保数据的“全”。比如将医保死亡数据与公安、民政、人社死亡数据多轮比对，做到“不缺不漏，应统尽统”；另一方面以实践为导向，使用共享数据时应尽可能确保数据的“精”。下达指标前，没用的字段坚决剔除，保证数据安全的同时也减少了对工作的干扰，有“瑕疵”的数据及时补全转换，避免增加基层负担，拖慢工作进程。

（三）“精细化”实现数据“取长补短”。针对“部分数据缺少关键字段”的情况，做好二次比对，实现数据的互享互补。比如与公安数据比对后，虽然掌握了未参保人员的家庭地址，但还是缺少“区、街道和社区”关键字段，导致指标无法进一步“下沉”。为疏通“最后一公里”，与公安系统比对后的数据，再次导入“政法委”统计接口，应用“精网微格”算法，精准定位人员所在“区、街道和社区”信息，提升指标和目标的“精准度”。

（四）开发分析统计模块描绘参保“活地图”。开发“全民参保“分析统计”程序，分“参保概况”“参保人数”“参保单位”“参保高校”“困难人群”“精准扩面”“补充医保”七大板块，实现全民参保数据统计分析的八个“全覆盖”：即全险种（职工、居民和补充医保）、全对象（单位、个人和高校）、全人群（学生儿童、其他居民、老年居民、困难

群体等)；全时段(年分析、月分析、周分析、日分析)；全地区(全市、各区、街道、社区)；全环节(入户调查、参保登记、缴费到账)；全过程(事前、事中、事后监控)、全口径(净增、新增、减少、同比、环比分析)。各区既可以统计跟踪辖区内参保扩面整体进程，也可以发送提醒预警，督促工作进展迟缓的街道、社区加快节奏，还可以与同级进行对比排名，了解自身水平，激发赶超比拼动力。

(五)“建专班”推动工作“走深走实”。既做好“线上”程序开发也做好“线下”督查辅导。南京医保部门成立12个工作专班，主动对接各区分局、分中心，包干负责推进全民参保工作；为12个区、104个街道、1230个社区，近两千名工作人员完成全民参保程序授权；制定《入户调查工作流程》，印发《使用手册》，组织全民参保入户调查培训。各工作专班每周实地走访、电话督促跟踪各区工作进展；定期召开工作例会，传达省医保指标考核动态，通报指标完成情况，听取基层困难，给予合理化建议。

三、成效和启示

截至2023年9月底，南京市基本医疗保险参保865.67万人，其中，职工医保参保544.58万人，居民医保参保321.09万人，生育保险参保355.22万人。职工居民参保比接近2:1；在职退休比接近3:1，全市整体工作呈现覆盖面广、结构合理、基金运行平稳等特点。随着全民参保程序的上线应用和2024年居民医保参保工作的正式启动，全市参保人数、参保率节节攀升。



出生即参保 “落地”即享受

云南省医疗保障局

今年初，云南省医保局把新生儿参保、缴费、费用报销“一站式”办理列为 2023 年云南医保“十件惠民实事”之一，始终坚持问题导向、深入调查研究、协同精准施策，全力打通新生儿参保就医过程中的难点堵点痛点，出台规范新生儿参加城乡居民基本医疗保险相关文件，实现新生儿出生即参保、费用即时联网结算的服务新模式。截至 11 月 15 日，全省新生儿通过出生医学证明实现落地即参保已达到 12152 人，即时参保 3528 人次，医保基金支付 1189 万元，医疗保障“守护一生”的承诺有力兑现。

一、主要做法及成效

（一）突破参保经办难点，实现新生儿医保“落地参”“全年参”。在充分调研基础上，出台《云南省医疗保障局关于进一步规范新生儿参加城乡居民基本医疗保险的通知》，从源头上和政策层面打破参保需要身份证的限制，实现以“出生医学证明号”为身份标识办理参保登记和缴费，将经办窗口延伸到定点医疗机构，实现新生儿在取得出生医学证明后就可及时参保，有效解决了之前新生儿因未落户、未取得身份证而不能参保缴费、父母需前往户籍地经办机构办理参保的难题。同时，进一步规范新生儿参保缴费政策及办理流程，明确“新生儿参保，在集中征缴期的自主申报缴费，在非集中征缴期的由医保经办机构先核定再由个人申报缴费”，有效解决了以往州市间新生儿缴费政策不统一的问题，实现全年“无障碍”参保缴费。

（二）打通直接结算堵点，实现新生儿待遇“即时享”“直接报”。针对前期部分新生儿在医院就医后不能直接结算，需先垫付医疗费用再凭相关票据到医保经办机构报销，医保待遇兑现不及时等问题，在智慧医保系统开通全省新生儿“无卡结算”功能，通过校验新生儿出生日期，实现新生儿在出生 180 天内省内就医免备案和“无卡”“无码”直

接结算，实现新生儿出院即享受待遇，新生儿就医无需再垫付可以医保报销的费用。

（三）疏通统筹地区办理痛点，实现新生儿参保登记“线上办”“省内通办”。拓宽新生儿参保办理渠道，在经办机构窗口办理的基础上，依托医保个人网厅、“云南医保”微信或支付宝小程序实现新生儿参保登记“线上办”。此外，通过基层网厅对定点医疗机构授权的方式，新增新生儿在出生定点医疗机构直接办理渠道。同时，按照“不受户籍地限制、自愿申报参保地、各级经办人员及时审核”的流程要求，新生儿参保登记办理渠道都可实现“省内通办”，有效解决了新生儿家长需要到户籍地办理的问题。

“出生一件事”办理从原来跑腿次数多、提供证明材料多变为一次不用跑，帮办、代办、自主办成为常态，受到广大群众纷纷点赞，省医保局 2023 年群众评议机关作风群众满意率达 99.56%，“好差评”“好评”率 100%。

二、成效启示

主题教育开展以来，云南医保坚持问题导向、深入调查研究、协同精准施策，解决了一批群众急难愁盼问题。针对新生儿参保就医，印发了《云南省医疗保障局关于进一步规范新生儿参加城乡居民基本医疗保险的通知》（云医保〔2023〕124号）和《新生儿参加城乡居民基本医疗保险缴费及待遇保障专题会议纪要》，打通新生儿参保就医过程中的难点堵点痛点，实现新生儿出生即参保、医保费用即时联网结算的医保服务新模式。2023年以来，简化证明材料和流程后，全省新生儿用出生医学证明参保 2964 人，医疗保障“守护一生”的承诺有力兑现。

（一）坚持刀刃向内剖析问题。新生儿参保就医群众反映多，在一定程度上反映了医保部门服务意识、作风意识、效率意识还不扎实，发现问题、解决问题的能力还有欠缺，聚焦群众“急难愁盼”问题还不充分，为民服务意识树得还不够牢固等深层次问题。我们以此为契机深入全面开展自查，既查摆显现的现象问题，又查摆存在的思想问题；

既查摆已经暴露的隐忧问题，又要查摆制约发展的制度性问题。通过开展自查剖析，全面梳理掌握医保便民服务和精细管理存在的困难问题和短板弱项，为开展精准靶向整改提供方向目标。

（二）坚持举一反三联动抓整改。在全省各级医保部门大兴调查研究，全面排查问题，深入分析原因，拿出举措办法，建立长效机制；深入推进医保经办管理服务规范建设专项行动，不断提升医保服务管理的规范化、可及性和便捷度；结合主题教育大兴调查研究要求，围绕医保经办服务事项，主要以“走流程”和“微调研”方式，持续推动全省医保经办服务系统发现问题、分析问题和解决问题能力，较好解决了一批医保多年未解决好的问题。

（三）巩固主题教育成果走深走实。进一步优化全省医保政务服务清单和办事指南，全面推进综合柜员制改革，促使业务更协同、流程更精简、系统更优化。持续完善医保信息系统和公共服务平台功能，深化政务服务事项网办率提升至90%以上，持续推进网上办、掌上办、码上办。结合深入开展全省经办队伍岗位练兵、业务比武、知识竞赛和专题培训，强化代办引办、自助指引、适老服务，最大程度满足群众服务需求，提升群众体验感。

山东省烟台市放大 DRG 改革实效 实现医保患三方共赢

山东省烟台市医疗保险事业中心

近年来，烟台市聚力攻坚 DRG 支付方式改革，创新抓好组织推进、制度建设和监督管理，蹚出了出一条医院提质、基金增效、患者减负的新路子，实现了医疗、医保、患者三方联动共赢。经验做法先后被国家医保局和山东省委改革办刊发，得到省政府领导同志批示肯定，国家卫健委、清华大学、北京大学等部门单位 8 次到我市专题考察调研，5 次受邀赴外地介绍经验，在山东省 DRG 付费运行评估中排名第一，被确定为全省唯一 DRG 改革监管试点。

一、思路目标

为充分发挥医保支付在规范医疗服务行为、调节医疗资源配置中的杠杆作用，激发医疗机构规范行为、控制成本、合理收治患者的内生动力，提升医保治理现代化水平，烟台市以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持以人民健康为中心，以加快建立管用高效的医保支付机制为目标。按照“规范管理、模拟付费、实际付费”三步走的路线，稳步推进改革，全面完成国家和省 DRG 支付方式改革三年行动计划，助推医疗机构高质量发展，切实保障群众健康权益。

二、主要做法

（一）“顶格化”推进，拧成“一股绳”

1. 强化组织领导。 市委市政府高度重视 DRG 付费改革，专门将相关内容纳入《烟台市卫生健康事业发展“十四五”规划》等纲领性文件中。2020 年，成立由分管副市长任组长，财政、卫健等部门参与的 DRG 付费改革领导小组。2021 年，市委深改委会议听取我市 DRG 改革情况相关汇报，市委改革办将 DRG 付费改革纳入全市深化改革重点任务，对相关部门和各区市重考核、勤通报、强督导，形成了“顶格化”推进的组织领导格局。

2. 强化部门协同。 市财政局三年安排 1235 万元用于 DRG 信息系

统建设、第三方审核及相关服务、第三方基金监管，市卫生健康委全力配合 DRG 支付方式改革，主动协调开展培训、病案检查等 30 余场次，协调专家 80 余人次参与。

（二）“常态化”协商，凝聚“一条心”

1.组织权重谈判。改革以来，我市先后组织了三次权重谈判，通过权重谈判，修正历史数据中不合理医疗行为对基础权重的影响，使权重更趋合理，促进医疗卫生资源合理利用；发挥医保导向作用，体现医保由被动付费转向战略购买的支付导向，有利于转变医疗机构诊疗行为；通过不同部门及医务工作者共同参与的过程体现了医保医疗“共建、共治、共享”的愿景，凝聚了共识，逐步构建起“医-保-患”共赢机制。

2.共建各项标准。组织医疗机构充分参与改革进程，尤其是在容易出现争议的分组、权重及编码填报环节。组织专家参与病案评审，对编码等问题形成专家共识。针对医疗机构的各类问题与疑问，组织相关专家研究后，印发统一的答复意见。

（三）“精细化”管理，建成“一张网”

按照“合理结余留用、合理超支分担”的原则制定结算方案，付费中坚持分组结果、付费权重费率公开透明，指引医院明确管理目标。以支持医疗机构重症收治为导向确定年度清算方案。通过月度结算与定期清算相结合，促进医院 DRG 额度和结余留用修正，引导医院合理收治、规范诊疗、准确填报。2021 年，清算完毕后，首批试点医院基本医疗保险统筹基金结余 2343 万元。全年总支用比为 100.97%。2022 年，清算完毕后，DRG 付费医疗机构，医院基本医疗保险统筹基金结余 4187 万元，全年总支用比为 101%。

（四）“智能化”监管，打出“组合拳”

1.以智能审核为抓手，构建高效管用审核体系。完善 DRG 协议管理内容，明确拒付及最低权重支付的协议管理规定，统一医保基金结算清单编码填报规范，统一审核及违规处理标准。引入第三方团队参与 DRG 人工审核。强化信息化建设，采集医疗机构基金结算清单、

出院记录、手术记录、医嘱明细、检验检查记录等信息，实现 DRG 付费 100%线上审核。上线 106 条智审规则，初审产生的问题数据，交由经办机构进行复审，同时将问题数据通过信息系统反馈至医疗机构。2022 年，拒付医保基金 1387 万，2023 年 1-8 月拒付医保基金 549 万元。

2.以数据分析为武器，提升专业性核查能力。一是连续两年开展分解住院专项行动，筛选出短时间反复入院患者信息，对病历人工审核、走访患者和现场确认，2022 年追回（拒付）医保基金 20 万元，罚款 6 万元。二是针对分解住院、服务不足和推诿重症等问题，建立专项电话回访工作制度，2022 年，对 2 千余名住院患者开展一对一电话回访，核查疑点线索 100 余条。

3.以提高机构能力与基金使用效率为导向，构建以数据为主的考核评价体系。明确 DRG 付费下协议管理、系统建设、数据采集、预算管理、数据测算、结算清算、付费监管、协商谈判等经办工作流程与规范。以数据考核为重点，完善 DRG 付费的流程管理，构建数据考核（评价）体系。重点围绕数据质量、入组情况、服务能力、医疗行为、服务效率、费用控制、患者收益、基金管理等方面进行考核。定期开展数据分析，指导区市医保部门加强管理与指导，指导医疗机构查摆问题，更好适应改革。

（五）“专业化”支撑，筑牢“基础项”

1、信息化支撑。重点围绕 DRG 付费管理业务与信息系统全方位融合，由数据采集、病案质控、分组管理、权重费率测算、结算支付、分析评价和监管考核等模块组成，统筹构建 DRG 付费审核支付管理信息系统。使数据管理、评估测算、支付结算、费用审核、考核评价等管理业务实现全流程信息化管理。同时向医疗机构提供校验工具，开放查询功能，迅速提升了医疗机构数据质量。

2、经办规程支撑。2021 年我市 DRG 正式付费后，即结合我市实际出台了 DRG 医保经办规程，在基础准备及测算工作、数据交互、日常审核流程、日常结算流程、定期清算等方面做出了具体规定，同

时对 DRG 付费下的医保与医疗机构协商谈判与对话机制、医保审核监管体系建设、服务协议管理、数据与医疗机构评价、医保信息系统建设等方面提出了具体要求，有力保障了 DRG 支付方式改革顺利实施。国家医保经办规程出台后，我市根据国家医保经办规程具体要求在今年对全市的 DRG 医保经办规程进行了修订和完善，主要是在数据交互、支付标准确定（含预算、分组、权重测算、费率确定）、协商谈判机制、争议处理等方面进行了完善。

三、成效

实施 DRG 支付方式改革以来，我市医保基金支出减少、参保群众就医负担减轻、医院收入结构更加合理，“腾笼换鸟”效果初步显现，为医保、医疗、患者三方共赢探索了“烟台路径”。

1.医院呈现转型高质量发展势头。2022 年，付费医院体现医疗服务难度的 CMI 指数达到 1.09，提高 6.1%；体现医疗服务广度的 DRG 组数同比增加 2 组；体现医疗资源使用效率时间消耗指数、费用消耗指数、药品消耗指数、耗材消耗指数等指标分别下降 0.11、0.14、0.23、0.58。同时，医院在病案质量、信息化建设、诊疗规范等方面有了明显提升，为实现医院高效治理提供了新路径，促进了医疗机构高质量发展。

2.医疗费用结构更趋合理。2022 年，付费医院本地住院除药耗外的其他技术劳务性医疗服务性收入同比上涨 0.8%，药耗收入占比同比下降 3.1%。付费医院本地住院的药品、耗材等成本项目同比下降 1.1 亿元，医疗、护理、医技、管理等项目收入增加 0.74 亿元。2022 年，试点医院本地住院每住院人次平均成本降低 830 元，医疗机构成本持续降低，收入结构持续优化。

3.患者就医获得感持续改善。2022 年，付费医院手术及操作组病例数同比增长 19.9%，患者平均住院日同比下降 0.7 天。医院服务能力得到提升，越来越多的急危重症、疑难杂症以及原需到市外就医治疗的疾病在市内就可得到有效治疗，患者在家门口就可享受到高效优质的医疗服务。次均住院费用同比下降 7.9%（975 元），个人负担同

比下降 454 元。DRG 付费下，个人就医时间缩短、负担减轻，群众就医获得感不断增强。

福建省厦门市三抓三促 打造 DIP 审核体系样板

福建省厦门市医疗保障中心

DIP 配套审核监管模式的建立是持续推进医保战略性购买、构建管用高效的医保支付机制的重要保障。近年来，厦门市作为国家 DIP 改革示范点与医保智能监控示范点“双示范”城市，在制度化、规范化、协同化上多维发力，深入探索建立契合 DIP 特点的审核体系，每年审核费用超百亿元，结算清单 40 余万份，节约医保基金近 2 亿元，成效突显。

一、思路目标

（一）从“费用”为主到“费用+病种”并重。建立立体化审核体系，将审核重点从传统的费用审核转向“费用+病种”并重。在传统按项目付费费用审核基础上重新梳理制定审核规程及标准，通过构建本地化审核知识引擎，提高审核质效，实现对全市住院病例的疾病诊断和手术操作编码全量审核，确保病例入组及分组真实即合理。

（二）从“人工”为主到“智能+专业”并重。针对人工审核效率低且易受主观因素影响问题，积极推进建设与 DIP 支付模式相适应的智能监测及审核系统，并建立一支涵盖临床、编码、统计、财务等专业的专家型、复合型审核团队。

（三）从“结果”为主到“过程+管理”并重。针对后付制向预付制模式转变对医疗行为可能产生的影响，医保经办机构完成审核职能转变，通过完善事前提醒、事中审核、事后纠偏流程，将“结果导向”转向“过程导向”，在年度中建立针对医疗机构的费用异常提醒、违规约谈、政策辅导、双向沟通的全流程管理，针对机构相应的运营特点，鼓励支持正向行为，重点监管负向异化行为。

二、主要做法

（一）抓制度促规范，构建规范化审核体系。厦门市在改革过程中通过建立点面结合、纵横结合的规范化审核体系，不断推动医保审

核工作制度化、规范化。一是拓展审核广度。针对 DIP 支付方式特点出台医疗费用、住院病种、特例单议三大审核规程，从收费真实性、归组准确性、诊疗合理性三个维度开展横向到边的日常审核。二是提升审核深度。配套建立与 DIP 审核协同的运行监测指标，重点对医疗费用增长过快、不合理收费、检查化验增长、高套编码、病种权重偏离度、短时间再住院、病种住院天数异常下降等负向行为进行重点监测，并将审核分类细化，监测审核内容拓展至参保人、医生、诊断等基金运行管理的主要环节和风险节点，夯实就医全流程管理。三是提高审核效度。构建与支付方式衔接配套的数字化全流程监管体系，打造以 DIP 智能运行分析模块为主，费用、结算清单和特例单议三大审核模块为辅的智能审核系统。通过大数据挖掘基金运行的普遍性风险点，查找基金运行风险较高的强关联因素，在模型预测驱动下挖掘同质人群，绘制就医轨迹知识图谱，寻找规律和关联性，建立预测模型，进行风险预警。

（二）抓标准促公平，构建合理化审核标准。厦门市在制度深入推进进程中，以规范化为出发点，标准化为落脚点，通过加强审核标准建设，实现医疗服务行为可监测、可量化、可比较。一是创新出台 DIP 归组指南。统一全市医保结算清单编码填写标准和病种分组路径，提升编码选择的规范化、统一性；减少人为因素影响的入组误差，确保编码选择同质化、标准化，提高分组准确性。二是率先出台 DIP 医院管理指南。组织医疗机构编写 DIP 改革医院管理经验，凝练医院医疗、病案、财务、药学、信息、绩效评价等 DIP 管理核心环节的共性做法、突出特色，强化源于临床、优于病组、控于成本、精于运营、强于绩效的全流程绩效管理，为医疗机构日常分析监测、成本管理提供“指南针”。三是不断完善 DIP 审核规则。设计涵盖编码规范、诊疗合理、费用与编码关联、统计分析四大类 13000 余条智能化规则，审核筛查海量数据，对参保人异常就医行为轨迹进行事前提醒、对医师实时诊疗行为进行事中监控、对实际发生的医保费用进行事后审核。

（三）抓联动促协同，构建透明化共治格局。厦门市在智能审核

监管中不断加强医保与医疗的政策协同、管理协同、系统协同，形成与医疗机构集体协商、良性互动、共治共享的优良环境。一是加强政策协同。定期组织医保病案、编码、临床专家对我市 DIP 病案进行审核，在审核知识和规则研制、病种目录调整、病种分值纠偏和运行监测指标制定过程中，加强机构参与，取得共识后进行发布，达成政策协同。二是加强过程协同。建立基金运行风险“一提醒、二约谈、三核查”管理机制，每月将全市 DIP 运行情况及各家医疗机构病种管理情况推送给医疗机构并定期召开机构费用运行点评会，每年发送提醒函 300 余份，约谈机构近百家次，有效降低医疗机构违规及年底超额的运行风险。三是加强系统协同。配套建立医院辅助系统，将服务流程从“医保端”延伸到“机构端”。定期将全市 DIP 运行情况及各家医疗机构病种管理及费用审核情况推送给医疗机构，通过病种、费用横向与纵向对比，实现医疗行为可量化、可比较，有效解决医疗机构和医保信息不对称问题。

三、具体成效

（一）审核全覆盖，织密医保基金安全网。厦门医保审核监管始终坚持“全覆盖、点面结合”工作思路，持续织密基金安全网。一是结算清单审核全覆盖。对全市每年 40 余万份医疗保障基金结算清单进行全量智能审核，经专家复审后每年平均修正病例 7000 余份，扣除 2000 余万元（按 50 元/分折算），同时每年审核特例单议近 800 份，优先保障住院费用近 2 亿元。二是费用审核全覆盖。对纳入我市的门诊及住院全量费用数据进行全量审核，自 2022 年智能审核系统上线后，线上审核剔除不合理费用 8000 余万元。三是“本地+异地”全覆盖。将异地参保病人就医费用全量纳入审核范围，确实履行就医地管理职责，上线国家平台后累计剔除异地不合理费用 2000 余万元，占全部剔除费用的四分之一，有效维护医保基金安全。

（二）过程全管理，加快机构转型提质效。厦门在日常审核的同时注重过程管理，从源头上提升医疗机构医保基金使用质效。一是加强事前预警。截至 2023 年 10 月，全市二级及以上医疗机构事前提醒

接入已全面覆盖，全市医疗机构（不含村卫生所）接入率超 90%。二是加强事中提醒。每月发送费用及检查化验等结构异常机构提醒函 50 余份并进行约谈，引导医疗机构形成“重规范、重技术、降成本”的发展共识，有效降低违规及年底超额的运行风险。三是加强事后纠偏。针对年度发现费用及入组异常病例，及时与年度病种目录对接，及时修正目录及分值，确保病种测算真实合理。

四、启示

（一）着力推动标准与精准相结合。审核监管并非越复杂越好，而应明确审核标准，把握监管重点，靶向精准核查。因此，我们需建立标准的审核制度、规范的审核流程、精准的审核规则、完整的审核知识、可操作性强的行业共识，关好 DIP“水龙头”，总结出真正符合地方实际、切实精准的审核标准。

（二）着力实现过程与结果相结合。结果是过程的体现，医保部门应将管理重点从以扣费指标为导向的“结果管理”转向以价值医疗为导向的“过程管理”，通过年中全流程的监管、提醒、沟通，以公开促公平、以透明促共识，避免费用无序增长后给医保基金安全运行带来压力。

安徽省池州市贵池区“六步”精细化医保协议管理工作

安徽省池州市贵池区医疗保障服务中心

医保部门实施医保协议管理已成为医疗领域中不可忽视的重要环节和核心工作，如何通过协议的制定和执行，实现医保资源的合理配置和医疗服务的优化，是我们医保部门深思研讨的课题，下面以我区“六步”精细化医保协议管理为例，浅谈做法予以交流。

一、思路目标

为深入学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，认真贯彻落实党的二十大精神，我中心紧紧围绕《“十四五”全民医疗保障规划》部署要求，坚持以人民健康为中心，把政治理论学习指引、专题调研能力提升、工作实践实事办理一以贯通，在推进中国式现代化新征程中展现医保新担当新作为。

二、主要做法

贵池区从健全协议管理机制、精细化协议管理、创新协议管理方法、严格实施协议处理、提升协议结算成效、提高公共服务水平“六步”实施和强化医保协议管理工作。

（一）健全协议管理制度机制。一是做到总体把控。以国家医疗保障局令第2号、第3号为准绳，进一步健全制度机制，2022年1月贵池区医疗保障局印发《池州市贵池区医药机构医疗保障定点管理实施细则（试行）》（贵医保秘〔2022〕8号）；为深化“放管服”和优化营商环境，2023年8月贵池区医疗保障局印发《关于进一步加强医药机构申请医保定点协议管理的通知》（贵医保秘〔2023〕76号）；近期针对我区医药机构医疗保障定点评估工作，认真阅研政策规范，从经办源头梳理，整理印制了《池州市贵池区医药机构医疗保障定点评估手册（经办指南）》，评估小组成员人手一册。二是做到专项细化。2023年10月1日起，全省执行皖医保发〔2023〕5号文件，积极有序将定点零售药店、诊所（门诊部）纳入职工门诊统筹管理，为规范

经办与确保门诊统筹基金安全，先后出台《关于将定点零售药店纳入门诊统筹管理工作的通知》、《关于将定点门诊部、诊所纳入职工门诊统筹管理工作的通知》、《关于进一步加强职工医保门诊统筹处方管理的通知》等相关配套文件。

（二）推进精细化强化管理。一要健全协议管理“三机制”。一是建立动态管理“亮灯”机制。优化营商环境建设、深化“放管服”改革，严把定点、履约、处理三道关，开展定点医药机构动态管理。完善评估流程、制定评估量化表，常态化、标准化开展评估工作，畅通定点准入“绿灯”；开展协议内容重要信息变更备案，加强协议监管，将履约情况与协议处理、协议续签等关联，闪烁履约“黄灯”；将定点医药机构的违约责任，由轻至重分层级，标准化管理，严控协议处理“红灯”。二是健全协议管理退出“警示”机制。将法律法规规定的解除协议情形纳入协议内容，对重大违法违规违约的定点医药机构，予以解除协议，形成强大震慑。2023年10月贵池区医疗保障中心印发《关于开展2024年贵池区医疗保障定点医药机构协议续签考核工作的通知》（贵医保服务〔2023〕40号），计划开展年度协议考核，根据审核申报材料，协议约定定点医药机构考核不合格的，予以解除协议。三是完善协议文本修订“个性化”机制。以《安徽省医疗保障局关于印发安徽省医疗保障定点医药机构服务协议范本》为基础，定期修订协议文本，梳理医保政策，完善监管环节，动态更新协议内容。根据不同时期的工作目标，结合本地实际情况，先后增补修订《按疾病诊断相关分组（DRG）付费医疗机构服务管理补充协议》、《职工基本医疗保险定点零售药店门诊统筹补充协议》、《贵池区职工基本医疗保险定点医疗机构门诊统筹补充协议》。二要坚持协议管理“三原则”。一是实施分类管理。将定点医药机构分为医院类、门诊诊所类、零售药店3类机构开展管理。根据服务能力、服务特色，将医院类医疗机构的医保服务划分为住院、门诊慢特病等多个类别管理，对零售药店划分为“双通道”、门诊慢特病、职工门诊统筹等多个类别管理。二是实行属地管理。按照“谁签协议谁负责，谁签协议谁管理”的原则，压实医

疗保险经办机构对属地定点医药机构为本地和异地参保人员提供的医保经办服务承担管理职责。三是重视进销存管理。如要求纳入门诊统筹的定点零售药店要有完善的药品、耗材进销存管理系统，实时录入全部环节数据，施行精准动态管理，提供打印明细清单。开展定量管理，制定“进销存比率”等指标，细化管理标准，量化违约行为。

（三）创新协议管理方法。一是实施智能监管。目前我们已启用浙大网新智能审核系统，利用医保管理知识库、规则库，实行医保费用计算机辅助审核，让定点医药机构主动规范服务行为。二是推进多元监管。采取以政府购买服务方式，引进第三方专业力量，协助监管意外伤害。同时考虑开展 DRG 特病单议环节，引入第三方会计师事务所，开展专项审计定点医疗机构医保费用和药品、医用耗材进销存，提升医保基金监管能力；组建慢性病评审专家库、医保处方医师库，开展医保认定第三方专家评审，提高协议管理公正性、科学性。三是开展联动监管。实施省、市、县三级医保监管纵向联动，推进医保、卫健、市场监管等多部门监管横向联动，实施跨统筹地区医保监管区域协同。四是紧盯延伸监管。通过以案释法、专题培训、以查代训等方式，将监管队伍培训触角延伸到医保医师，全面落实医保基金监管条例、医保“三个目录”、医保协议管理等医保政策，针对多次违规、严重违规的医师，给予停止医保结算资格处理，提升医保基金事前、事中、事后监管成效。五是倡导自律管理。积极引导医药机构自律管理，逐步构建充实医保评价与信誉考核体系。医保协议约定，在医保部门介入检查前以及专项检查的自查阶段，定点医药机构自查的违约行为（骗取医疗保障基金行为除外），医疗保险经办机构给予约谈、整改、清退违规费用处理外，不再给予其他处理。

（四）严格实施协议处理。针对定点医药机构违反服务协议，及时督促其履行服务协议，按照服务协议约定暂停或者不予拨付费用、追回违规费用、中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保险基金使用的医疗保障服务，直至解除服务协议。

（五）提升协议结算成效。一是成立专门职能科室负责结算工作。

进一步规范了医保各项基（资）金申请结报与拨付流程，有效解决各项医保结算基（资）金延迟拨付问题。二是压实基（资）金及时结算拨付督导机制。我中心利用自建数据平台采取月结“数据清零”和“数据预警”方式，加强督导各商保经办职工大病、居民大病、意外伤害各项医保基（资）金及时结算拨付工作。三是推进区域医保数据平台建设。利用自筹渠道资金，开发区域数据平台，于5月初完成验收启用，开展多元深度的医保大数据挖掘分析，为医保基（资）金结（清）算、政策制定与执行、精细化管理、公共服务提供有力支撑。四是利用数据“透视”医保结算拨付明明白白。按月累计做好医保基金的收入、结（清）算、拨付统计与预警分析，利用3张数据统计分析表，精准“透视”医保基金“我有多少钱、我要付多少钱、我付了多少钱”，相互关联作出基金运行预测分析，用于医保相关政策调整或决策参考重要依据。

（六）提高公共服务水平。积极推行协议“网签”，简化优化定点医药机构协议管理程序，已由安徽晶奇网络科技在公共服务平台搭建开发“网签”模块，测试完成后，拟在2023年度协议续签考核通过后或新增医药机构完整上传相关申请资料及现场评估合格等流程完成后，可以“网签”纳入协议管理，让数据多跑路、让群众少跑腿。

三、取得成效

现将协议管理工作取得成效从效能提升、基金安全、社会效益三个方面概括简述如下：

（一）效能提升方面：一是经办与管理流程更加科学规范。我区执行严进、严管、严出“三严”动态协议管理机制，按照既定规则“严进”（受理、评估、公示、协商、签订、公告与备案），执行“严管”（协议履行与协议监管），把控好“严出”（协议中止、终止或解除），整个工作链路通畅，且在实践中不断优化与完善经办流程，让流程设计更加规范、精细、全面，医药机构申请与医保经办流程进度一目了然，备案及相关材料归档齐整完备。二是经办服务能力与效能同步提升。在有序实施每一个工作流程环节中，力求科学合理安排，体现在办理

时间“量化”，如完成受理初审 4 个工作日内、完成现场评估 20 个工作日内、完成公示后至协议签订 5 个工作日内等，办理时间“量化”对我们经办是一种挑战性促服务能力提升。特别是今年为促效优化营商环境，我们进一步精减优化流程，缩短医保定点申请办理时限，由规定评估时间不得超过 3 个月，缩减至 2 个月内完成。

（二）基金安全方面：让协议管理有力保障医保基金安全。依据协议处理成为判决医药机构违规的“法典”，开展协议监管取得了明显成效。2023 年截止 9 月 30 日，中心经办根据智能监管医保审核经办初审，一共 17589 人次，明细共 39913 条，涉及金额 206 万，涉及定点医药机构 56 家。经复审初步定性违规 2445 人次，违规金额 60 余万元。2019 年成立医保局以来召开联动协调会 5 次，联合区卫健、市场监管部门分别对全区医疗机构、定点零售药店开展了全覆盖检查，抽调人员 6600 人次，开展联合核查 2200 余批次，追回违规使用医保基金 2115.40 万元，其中：行政罚款 62.55 万元，扣除违约金 923.50 万元，移送公安查处案件 2 起。

（三）社会效益方面：“池”久满意服务树立医保良好社会形象。贵池区医疗保障服务中心秉承“‘贵’在服务，‘池’久满意”的服务理念，不断创新管理机制和提升服务能力，持续深化“一改两为”，各项工作取得了预期成效，在医保协议管理工作方面用心、用情、用力，通过健全制度机制、推行精细化管理、创新监管方法等方式加强定点医药机构协议管理，持续推进医保经办服务规范化、标准化、信息化，不断提升定点医药机构和办事群众的满意度和幸福感。

四、工作启示

医保协议管理工作是医保部门和医药机构之间的重要合作内容，对于医保基（资）金管理、医疗费用控制和医保服务提升具有重要意义。我们在医保协议管理流程改造下了功夫，也取得了一些成效，但是医保协议管理工作的总结与优化是一项重要而又复杂的长期工作。

（一）建立与完善评估医保管理绩效指标体系。在实际工作中，存在以下几种问题：一是医保协议执行意识不足和执行不到位，二是

定点医药机构主观和非主观违规，三是医保资金使用不规范、医保经办服务质量不高。而医保协议的执行情况是评估医保管理绩效的重要指标。因此提高医保协议执行率，完善考核“量化”机制，建立激励机制，强化医保协议的执行力度，建议实施统一的协议考核制度。

（二）推进医保协议管理工作信息标准化建设。一直以来，医保协议管理多是停留在医保部门和医药机构之间的契约合同，协议条款内容多是传统纸质化，甚至过期协议仍维持有效执行而得不到提示反馈和处理，医保协议的执行记录呈现碎片化，也就不存在完整性和准确性了。目前推行协议“网签”只是一便民举措，距离实现医保协议信息标准化管理还很远。我们需要引入信息化技术，建立医保协议管理平台，对条款“量化”，对“履约”评分，实现数据共享、自动化审核等功能，减少人工操作，提高管理成效。通过建立医保协议管理信息系统，实现医保部门和医药机构之间的信息互通，能够实时监测医保资金的使用情况、医保服务的质量情况等。同时，还可以利用大数据分析提取医保管理工作的关键指标，为决策提供科学依据。

黑龙江省双鸭山市协商评估、贯标备药、结算监管、 培训宣传 创新实践全力推动门诊共济新政惠民生

黑龙江省双鸭山市医疗保险服务中心

【思路目标】

坚持以党的二十大精神为指导，全面落实主题教育“学思想、强党性、重实践、建新功”的总体要求，努力将工作成果转化为解难题、促发展的强大动力。针对参保群众就医购药难、定点医药机构接口改造难、电子处方流转难等问题，通过深入宣传、实地踏查、征求意见、全面调研等方式，推动职工医保门诊共济保障机制改革深入实施，努力在“做优”上下功夫、在“做细”上想办法、在“做实”上用真招，全面推进门诊统筹进药店实现“零距离”服务。

【主要做法】

一、协商评估互促，勇于打破传统模式

定点零售药店纳入门诊统筹管理是门诊共济改革的重要组成部分，双鸭山市打破以往的定点零售药店准入评估方式，采取申请即受理，24小时内评估的有效措施，鼓励符合条件的定点零售药店申请开通门诊统筹服务，充分保障参保人员门诊统筹用药需求。一是出台文件，自行申报。制定出台了《双鸭山市关于做好定点零售药店纳入门诊统筹管理的通知》，下发至全市所有定点零售药店，62.4%的定点零售药店都报送了纳入门诊统筹的申请材料。二是缩短评估时限，优先开通服务。加快推进落实定点零售药店开通门诊统筹工作，24小时内完成评估，指导协助自行申请的定点零售药店接口改造达标、完善进销存台账管理、执业药师在岗等情况。三是签订协议，强化管理。对已开通门诊统筹服务功能定点零售药店，签订《双鸭山市门诊统筹定点零售药店补充服务协议》，并在医保微信公众号上进行公示。

二、贯标备药共进，全面推动高效服务

双鸭山市创新实现西药前14位编码相同、中成药前11位编码相

同即可在定点医药机构完成电子处方流转，方便参保群众就医购药，提高处方流转使用效率。一是深入排查定点零售药店目录内药品数量，解决电子处方流转不畅通问题。建立全市定点医疗机构电子处方流转的药品编码库。将1万条药品编码筛重整理为3439条。二是运用贯标解决零库存开处方。各定点医疗机构按照电子处方流转药品编码库，对定点医疗机构没有库存的药品品种进行贯标，定点医疗机构在为参保患者开具处方时，如所需药品无库存，仍可以开具药品编码库中药品的处方，就医患者即可到定点零售药店购买药品。三是在协议中加大定点医疗机构备药率考核。严格要求定点医疗机构按照补充服务协议的备药标准配备配足医保目录内相应药品，三级定点医疗机构应达800种，二级定点医疗机构应达300种，一级及以下定点医疗机构应达150种，保障参保患者的购药需求。

三、结算监管同步，切实提高工作质效

细化落实各项工作措施，加大推进力度，一是选定试点，全程指导。优先主推三级定点医疗机构和规模大、覆盖县区广的连锁药店及使用同厂商软件数量较多的单体药店先行接口改造，确定专人与两定医药机构、软件工程师进行协调沟通、实时跟踪督办，第一时间对相关信息进行协调反馈，确保完成接口改造的任务。二是全面开展处方流转。在定点零售药店开通门诊统筹后，建立了处方流转工作群，医保工作人员指导定点医疗机构开具处方，定点零售药店合理售药，尤其电子处方流转不畅通时，指导定点医疗机构开具纸质处方，参保人可到定点零售药店购药。三是完善监管，退出机制。要求定点零售药店建立门诊统筹电子处方和纸质处方档案，根据日常核查检查、违规情况等考核结果实现对门诊统筹定点零售药店动态管理。对照《双鸭山市门诊统筹定点零售药店补充服务协议》，如有违规行为发生，将取消其门诊统筹定点资格，情节严重的，解除医保协议管理。

四、培训宣传并举，不断夯实政策基础

为多方位落实职工门诊共济改革任务，持续完善相关配套政策，着力减轻参保群众就医负担。一是出台惠民新政，提高保障水平。将

异地转诊、自主就医支付比例，职工、居民平均提高 14.6%；降低乙类诊疗、乙类耗材个人自付比例，个人先行自付比例 100 元以下调整为 10%，100 元以上调整为 20%；确定定点零售药店门诊统筹待遇起付标准为 600 元，支付比例为 70%，退休人员相应提高 5 个百分点，封顶线为 2000 元。二是强化业务培训，提升讲解能力。制定门诊共济政策解读材料，明确政策解答口径，开展业务大讲堂、门诊共济专题讲座，对医保工作人员进行政策培训。三是聚焦重点领域，开展靶向宣传。建立全市各级医保经办部门联动机制，采取“走下去和请上来”的方式到两定机构、参保单位开展面对面的政策宣传，用老百姓听得懂的语言、喜闻乐见的方式，实现职工门诊共济政策应知尽知。

【工作成效】

“没想到药店买药也可以报销，确实很方便。”近日，家住双鸭山市尖山区的李女士发现，小区附近她常去的一家药店买药可以报销了。原来，这家药店在前不久纳入了门诊统筹服务，参保群众持医院处方在这儿买药，只要是医保目录内的药品，都可以享受到政策报销。

职工门诊共济保障机制改革后，纳入门诊统筹的定点零售药店数量少，购药报销不方便是参保群众反映最突出的问题。为解决群众烦心事，双鸭山市医疗保险服务中心创新服务，深入调研，制定下发文件，开展靶向宣传，为定点零售药店纳入门诊统筹开通“绿色通道”，不断增加纳入门诊统筹定点零售药店数量，让群众更方便地享受改革带来的实惠。

【经验启示】

新形势下群众的利益诉求、就医方式发生了很大变化，迫切需要医保经办部门运用创新工作的方法、手段和机制，解决工作中出现的各类问题，更需要扎实有序做好改革后续各项工作，真正让参保群众可受益、医疗机构可操作、零售药店可发展、医保基金可监督，让老百姓得到实惠，共享改革成果。

一、坚持以人为本，切实维护参保群众根本利益。全面贯彻落实党中央、国务院重大决策部署，进一步统一思想、提高认识，准确把

握定点零售药店纳入门诊统筹管理的重要意义，加大工作力度，落实工作职责，形成工作合力，更好地提升门诊共济保障改革效能。

二、坚持创新发展，切实优化门诊统筹经办服务。创新工作思路，拓宽服务渠道，积极探索更多的便民服务举措，提高医保服务工作的针对性、多样性和有效性，不断扩大门诊统筹进药店的覆盖范围，彻底解决门诊统筹定点零售药店数量少，群众买药报销不方便等问题，全力以赴扩大基层社区医药服务供给。

三、坚持服务大局，切实提升工作人员服务水平。加强对定点零售药店工作人员的政策培训，提升服务能力，为患者提供安全、可靠、合理的用药指导，促进定点医疗机构与定点零售药店间的用药衔接，更好地满足参保人员用药需求，推动医保经办服务高质量发展。

成都医保建立医疗救助“一键通”平台 铺就便民惠民幸福路

四川省成都市医疗保障局

为贯彻落实党的二十大关于医疗救助工作的决策部署，推动省委省政府、市委市政府关于“一件事一次办”，深化放管服改革的工作要求落地落实，成都市医保局持续发力，以困难群众实际需求为出发点，建立“制度目标引领、重点任务带动、实施措施支撑”的推进架构，形成资助参保、门诊救助、住院救助、倾斜救助和“一站式”联网结算服务的城乡统筹“4+1”医疗救助机制。探索医保信息平台设施建设“硬联通”和多方协同合作机制“软联通”不断发展，推动医疗救助“一网、一门、一次”改革，在新津区试点建设“一键通”医疗救助通平台，变部门分散救助为政府统一救助，实施一键提交，自动到账，率先实现医疗救助“零跑路”。在此基础上将试点扩大至成都青羊区、简阳市、金堂县，为加快健全社会救助制度、精准快速高效推进救助帮扶提供成都思路。

一、思路目标

2023年2月13日发布的《中共中央、国务院关于做好2023年全面推进乡村振兴重点工作的意见》作为2023年中央一号文件，再次表明党中央加强三农工作的鲜明态度，发出巩固拓展脱贫攻坚成果推动乡村振兴高质量发展强烈信号。

医疗救助是防范特殊困难群众因病致贫、因病返贫、兜底巩固拓展脱贫攻坚成果的关键一步。当前，医疗救助政策在医保部门的管理下，政策日趋完善。但个别困难群众申请基本医疗保险报销后的费用补助时，还存在主管部门多、政策不统一、办理渠道多元、报销政策复杂、申报流程各异、容易“少救漏救”等诸多情况。例如，优抚对象、特殊困难儿童和重度残疾人等群体在申请费用补助时，需分别向医保、民政、退役军人事务、残联、工会等部门组织提交申请资料走流程，最长办理时间超过120天。与此同时，特殊困难群众往往伴随多重身份，各主管部门救助政策存在差异，特殊困难群众在不能全面掌握政

策的情况下，还会存在“少救”或“漏救”现象。针对上述问题，成都医保在便捷度、智能度和共享度上下功夫，通过流程再造、信息协同、专用途径，形成“医保+N部门”医疗救助跨部门服务联动机制，创新医疗救助“一键通”，铺就便民惠民幸福路。

二、主要做法

（一）夯实数据基础底座。遵循依法依规、来源权威、唯一多重、标准统一的原则，以特殊困难群众身份认定为依据，结合救助政策和报销逻辑场景，整合医保局、民政局、组织部、退役军人事务局、总工会、红十字会、残联等7个部门相关数据，形成包括政策保障规则、人员认定信息、业务办理流程等3大类子库和几十余万项知识点的特殊困难群众医疗救助资源库，支撑救助通平台系统开发展示、筛选、结算等功能。

（二）做实医疗救助“核心应用平台”功能。根据制度多重、服务跨部门多维结算等特点，植入40类救助算法，依托资源库形成逻辑判断能力，构建医疗救助通审批拨付三维筛查匹配体系，实现救助通平台在宏观层面对救助对象返贫监测、政策待遇的运行评估，在中观层面对救助对象与保障待遇的精准匹配，在微观层面对救助方案的分析判断，自动生成最优救助结算方案，同步实时自动派单至对应部门，按照方案进行结算拨付，将多重救助平均办理时长从90天缩短到20天以内，办理时长缩减78%。

（三）建成“一件事一次办”网办系统。依托当地城市服务门户，打造医疗救助信息化、自动化、一体化网办系统，建立“超级绿叶码”微信小程序，设立“我要办事—社会救助—困难救助—医疗救助”线上申请窗口，把原有14种证明材料精简至4种，群众只需上传身份证（社保卡）、住院发票、住院结算单、出院病情证明四类证明材料，足不出户即可完成网上救助申请，办理进度、资金发放状况等审批信息24小时“可视”追踪。

（四）拓展线下服务空间。全市经办机构将窗口前移，开启“集约、多点、高效”的医保服务新模式。全市100%在镇（街道）便民服

务中心设立医保服务窗口，高频医保业务初步实现“家门口办”。面向智能手机使用障碍人群，依托医保服务站点、社区网格员等提供代办或代申请服务。

三、工作成效

（一）打破传统思维，多部门救助实现“一单制”救助。新“并联式”救助审批流程，变部门分散救助为政府统一救助，把结算拨付“申请才办理”的旧模式升级为系统对数据自动核算、主管部门依职权主动完成数据推送的新模式，成功解决以往工作流程中涉及多部门费用、救助申请周期长、业务办理票据识别难、录入工作量大等问题，让因“跑”的顺序不同导致救助金额不同彻底成为“过去式”，结束传统的“九龙治水”局面，形成“合力治水”新格局，新津区相关做法被人民日报等多家主流媒体陆续报道，产生积极社会反响。

（二）集约多方信息，多部门救助受理实现“一站式”。将救助对象云上大整合、网络大统一、数据大汇聚，已逐步建成以四川医保公共服务平台、定点医院联网结算、救助通、“一卡通”资金发放为基本载体，涵盖部门、个人的医疗救助综合服务体系，全市有 800 余家定点医疗机构实施医疗救助“一站式”联网结算，扩展普通门诊“一站式”结算定点医疗机构 350 家，2022 年以来，累计联网结算超过 60 万人次，通过救助通平台救助 3000 余人次。坚持走医疗救助服务定位准、手续少、速度快的高标准之路，大幅缩短医疗救助事项申请、经办、审核办理流程，彻底祛除“效率慢”的沉痾旧疾，医疗救助办结量同比增加 300%、多重救助件同比增长 200%。

（三）完善服务体系，多部门救助服务实现“一扇门”。对市、区、县、村四级医保服务窗口设置、服务标准、网格化管理等事项进行统一，推动四级政务服务窗口服务、功能布局、大厅管理等多点服务做到统一标准、统一规范。出台《2023 年医保经办规范》，对 202 个医保经办事项办理材料、办理时限、办理流程等作出明确规定。办理材料数量总体减少 30%。依托基层服务站点和专业化医保服务队伍，打通医疗救助“最后一公里”，累计开展医疗救助申请帮办代办服务 5000

余人次。

四、相关启示

（一）坚持顺民生、惠民心的发展思想。

成都医保始终坚持以人民为中心的发展思想和问题导向，深入调查研究，把基层调研成果转化为经办服务提质增效的实际行为。提出“三个转变”：将工作思路切实转变为群众需要什么我就干什么，将医疗救助经办切实转变成线上绿叶码、线下绿通道等双向服务，将解决群众诉求切实转变为需要什么服务就创造什么。

（二）坚持敢创新、重协同的工作方式。

建立医疗救助通平台既要凝聚合作理念，更要采取实际行动，在省内尚无先例的情况下，成都医保秉持团结合作、共同发展的理念，走共建共享之路，联合民政、退役军人事务、残联、工会等多个部门组织，完善合作机制、开展协同合作，最终推动平台落实见效，为医疗救助制度完善提供更大动能，拓展更广空间。

（三）坚持数字化、智能化的服务模式

按照“网上办是常态、现场办是例外”的工作理念，在深入推进医保经办数字化转型上持续发力，推进医疗救助经办服务管理体系、运行机制、工作流程智能化再造，以“信息+”构建起复杂场景下的多维医保智慧化综合服务，努力实现治理手段与服务方式的创新，推进医保智慧治理与传统服务深度融合，用高质高效的经办服务为全市人民造福。

医疗救助免申即享 基层经办减负增效

上海市静安区医疗保险事务中心

为推动“我为群众办实事”走深走实，提升群众办事便捷度和满意度，静安医保积极贯彻上海市“一件事”改革工作要求，牵头会同区民政局、区总工会、区红十字会及各街镇社区事务受理中心共同推进医疗救助业务流程改革，在全市率先建成“静安区医疗救助一件事信息平台”，基本实现区内低保对象、重残无业对象、特殊救济对象、原高龄纳保对象等 12000 余名困难群众医疗救助“零申请、零材料、零跑动”，相关救助待遇“免申即享”，有效减轻困难群众看病就医负担。2021 年 10 月，该项改革作为全市唯一一件区级一件事向国务院职转办作专题汇报，获得国务院职转办、市审改办的高度肯定。2022 年 10 月，该项改革被作为创新案例纳入本市“非凡十年”一网通办专题宣传报道，并被列入 2023 年度全市免申即享推广业务。

一、思路目标

改革之前，静安医保走访调研各街镇，发现医疗救助业务存在一些难点问题，包括业务经办系统规则简单，缺乏数据支撑，人为干预环节过多、人工审核环节随意性较大，医疗救助经办上亟需标准化、规范化；发票录入和业务档案整理经办繁琐；街镇救助所不掌握商保大病、综合减负数据，无法保证医疗救助的精确性；业务核查以抽查纸质材料为主，无法从规则上避免差错的再次发生；无法甄别、规避重复电子发票、退费发票、假发票等；原有一站式医疗救助系统存在缺陷。

得益于本市一网通办相关工作的启示，静安医保从革命性流程再造的理念出发，在推进医疗救助一件事改革中全面调整了业务经办的模式，以数据驱动业务，自上而下建设了整体业务系统，通过市中心救助数据共享平台的推进和相关救助政策上的业务指导，静安区通过业务系统改造，基本达到精准救助的业务需求。

二、主要做法

（一）建设全区统一经办系统。

2021年10月初完成系统建设，两个街道试运行，12月全区试运行。试运行期间，纸质、系统数据双向参照进行操作，确保系统结算结果和街镇测算结果一致。通过一个季度的试运行，基本完成核心模块的算法标准化。

（二）完成一站式医疗救助数据的衔接。

静安区医疗救助免申即享事后救助的数据与一站式平台数据实时对接，但由于一站式医疗救助系统设计之初就存在的缺陷，存在数据更新不及时、对账周期长等老问题，无法保证100%的准确性，在医疗救助免申即享系统设计时给予优化。

（三）优化医疗救助清算规则。

静安区医疗救助清算包括实时清算和年度清算两个单独模块。由于医疗救助存在跨部门数据滞后的情况，列入实时数据清算予以解决。目前静安区在免申即享医疗救助系统对涉及居保大病、总工会补助的数据进行主动提示，原则上必须先有数据再做救助操作；对一年一次的综合减负数据按照规则进行实时计算、记账方式进行清算。对实时清算金额较大的对象进行系统提醒并启动相应规则及时追款。年度清算原则上每年一次，对区内所有人群进行年度费用（含一站式医疗救助）总体清算，主要针对部分周期较长的业务数据以及其他部门（如残联等）提供的专项数据。

（四）与“一网通办”、“随申办”平台数据对接。

完成免申即享业务数据实时导入全市“一网通办”办件库的系统改造。

（五）完善数据交互。

2022年末，与区残联实现数据定期交互匹配（目前医疗救助数据实时推送区残联、残联数据按季度推送区医疗救助平台）。

（六）开展医疗救助专项审计。

2023年，委托第三方对区内医疗救助工作开展专项审计，重点

是上阶段市审计涉及的重点问题、救助清算执行情况、救助系统核查发现的疑点问题，为下阶段业务优化提供参考。

三、主要成效

（一）聚焦便民利民，打造医疗救助工作新的服务模式

2021年12月，“静安区医疗救助一件事信息平台”正式运行，区内困难群体在医院就诊后，无需像过去那样带着申请表、审批表、身份证明、医疗费发票等材料到街镇社区事务受理中心窗口申请办理。转而由街镇依据“医疗救助一件事信息平台”实时获取的救助对象医疗费数据、各类补助数据，按月主动生成救助结果，自动汇入救助对象银行账户。改变原来“申请才办理”的旧模式，转为经办机构主动进行服务推送，依托数据化转型实现区内医疗救助免申即享。

（二）聚焦提质增效，实现业务经办与群众口碑的“多赢”

以往办理医疗救助对象申请事后救助的工作环节是：收材料、发票清点、分类、手工录入、结算，核定后发放补助款。录入发票，少则几十页，多则上百页，发票遗失、过期、假发票等矛盾较多，工作人员普遍反应不方便，一是涉及多部门费用，需要多次跑动；二是补助申请周期长；三是业务办理票据识别难，工作量大。静安区主动打破部门间数据壁垒，依托医保就医数据优势，汇聚相关部门工作信息，系统对数据自动核算，主动完成服务推送。现在，无需救助对象到场，各街镇事务受理中心工作人员无需录入发票，只需审核确认，救助资金就能准时到达居民的银行账户。补助平台建成后，工作人员基本无需进行人工干预，当月补助结果可以由系统一键生成，极大提升了窗口工作效能，真正做到了“两免一减一增”（即群众办事免申请、免材料，经办机构减负担，资金管理增效能）的改革目标，真正实现了服务对象、基层窗口、服务质量的“多赢”。

（三）聚焦三个转变，切实提升群众的满意度和获得感

“静安区医疗救助一件事信息平台”通过三个转变，实现服务找人，做到免申即享。一是从“依申请被动办理”转变为“依职能主动服务”。信息平台根据医疗费数据变化自动生成当月补助人员名单，工作人员

在平台一键确认，服务对象无需申请办理。二是从“线下收材料”转变为“线上跑数据”。信息平台汇集了补助费用所需各部门数据，不需要服务对象提供任何医疗票据和证明材料，也省去了工作人员清点发票、识别票据材料的工作。三是从“窗口工作人员结算”转变为“系统自动核算推送”。每月后台定时获取对象上阶段医疗费用情况，完成补助测算后推送至经办窗口，通过银行卡完成补助发放工作。截至 2023 年 10 月，静安区已累计完成免申即享 98169 人次，共计 3615.06 万元。

四、启示

静安区通过数据互联互通、业务流程再造、救助算法重构，确保救助资金精准高效使用，筑牢医疗救助资金安全的“篱笆”。一是通过系统规则的统一，最大限度减少了人工干预，确保医疗救助业务的标准化管理。二是扩大跨部门个人数据的归集，2023 年在原有 17 项数据集的基础上，打通区残联、民政、退役局相关数据，优化救助算法，确保系统测算精确无误。三是优化人员标识和业务提示，便于工作人员进行操作和解释。四是针对医保综合减负等其他各类补助费用，系统根据历史数据进行自主测算和判定，2023 年新增年度清算功能，确保救助资金不重复支付。跨部门数据互联互通，从根源上确保了医疗救助业务经办的真实性和准确性，有效规避了人工判定误差以及假发票骗保等问题，切实提升了医疗救助服务的信息化、标准化、规范化水平。基于数据化的平台，医疗救助相关业务核查重心也由原来的看纸质档案材料，转变为救助数据的逻辑分析，实现医疗救助全流程精确管理。

库尔勒市医疗保障局开启“医保+直播”“接诉即办”新模式， 打造指尖上的医保服务新阵地

新疆维吾尔自治区巴音郭楞蒙古自治州库尔勒市医疗保障局

库尔勒市医疗保障局坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为引领，紧紧围绕“学思想、强党性、重实践、建新功”总要求，始终把群众利益放在心上、抓在手上，将“为民办实事”贯穿始终，着力解决群众急难愁盼的问题，以“高效、便民、惠民”为服务目标，把惠民生、暖民心、解民忧的工作做到群众心坎上，以民生实事的“温度”检验医疗保障服务的“深度”，展现医保惠民新成效。

一、确立目标坚持学习先行，开阔学思践悟“新思想”

库尔勒市医疗保障局坚持不懈用党的最新理论、新思想武装头脑，将学习“新思想”摆在首位，把加强政治学习、向实践学习作为党员干部凝心铸魂的关键，全局党员干部进一步坚定了理想信念、提高了思想认识、明确了目标方向、激发了前进动力。

一直以来，“线下窗口式服务”作为传统服务模式占据着整个医保领域，解决了“老”、“少”参保群体的服务难题，然而，当今新型媒体发展日新月异，其传播力量不可小觑，尤其是年青的中坚力量这一群体，如何做到与时俱进呢？试想一场网络直播参与人数相比线下超数百倍，同样模式若复制到医疗领域且持续进行，效果可想而知？既拓宽宣传渠道让受益群众呈几何级增长，又实实在在从参保群众角度出发，必将大大缓解实际工作中的各种热点、焦点。由此，库尔勒市医疗保障局找准切入点和发力点，经各方力量充分调研、酝酿和筹划，合力整合资源，由巴州医疗保障局和库尔勒市医疗保障局联合，共同打造的“政务服务+线上直播”服务模式正式实施。

二、聚焦群众关切问题，开拓医保服务“新途径”

民需我为，医保相随。为全面拓宽医保惠民政策的宣传渠道和方式，破解广大参保群众在办理众多医保事项中的热点、焦点问题，库

尔勒市医疗保障局注重“以学促干”，将“学思想”成效实实在在体现在“重实践”上，与巴州医疗保障局联合倾力打造的“巴州医疗保障接诉即办”服务平台和“巴州医保·梨城微直播”服务平台分别于9月25日、27日全面上线，真正实现州市上下联动，以“行动力度”提升“民生温度”。

一是整合归并州市医保局咨询电话。在保留广大参保群众已经熟知的电话号码情况下，搭建“巴州医疗保障接诉即办”服务平台，统一办公地点、统一经办服务、统一解答政策，配备4名业务人员负责接听群众电话咨询与诉求。“接听”，即把准人民脉搏，回应人民关切，接听群众在医保领域的呼声与期待。“即办”即体现人民愿望，增进人民福祉，在做好群众数据安全的前提下，通过医保骨干网，实现查询、备案、即时受理等多方面帮办服务。

二是优化电话服务功能确保件件有回应。通过优化电话智能服务功能，呼叫中心系统实现来电排队、来电录音、智能转接等功能，确保非工作时段系统智能值班，来电主动语音留言通知，做到24小时回复办理。

三是建立完善医疗保障服务新机制。通过制定《巴州医疗保障接诉即办服务平台工作流程》、《巴州医疗保障接诉即办服务平台工作制度》，建立医保接诉直播人才队伍库和定人定岗定主题的三定轮岗机制等，严格接单、办理、反馈、退单等各环节，通过完善的诉求接转机制，实现医保经办多部门、跨县市精准联动，快速响应和解决群众诉求，确保医疗保障领域群众诉求第一时间回应、解决。

四是组建能力强水平高主播团队。由巴州、库尔勒市医疗保障局领导班子和业务骨干组成主播团队，通过提前预制视频计划，拟定每期直播主题，确定政策宣传重点，推介主播团队，使“巴州医保·梨城微直播”服务平台成为医保政策宣传的“政策吹风会”、“先遣队”。

三、用心回应民生需求，取得线上宣传“新成效”

库尔勒市医疗保障局秉承以服务人民为中心的发展理念，着力打造“服务环境标准化、服务能力专业化、服务流程规范化”的服务新格

局，坚持问题导向，强化宗旨意识，切实解决群众急难愁盼的问题，切实将“强党性”成果落实在“建新功”上，以“工作深度”彰显“服务热度”。

“巴州医疗保障接诉即办”服务平台，严格按照接单、办理、反馈等环节建立完善的诉求转办机制，要求规范受理、分类转办、限时办结，通过各县市经办机构多部门精准联动，快速响应和解决，真正做到交办事项“件件有落实、事事有回音”，确保电话受理件达到实办、快办的效果。截止目前，接诉即办服务平台已承接电话 3222 人次。其中：即办 3190 件，转办 6 件，语音信箱回复 26 人次。

“巴州医保·梨城微直播”服务平台定期于每周三上午 12 点实时直播，通过事前整合“巴州医疗保障接诉即办”服务平台及前期直播中反映出的高频事项问题，经当期直播积极地回应、反馈，实现在线与群众直接互动，实现两大平台相互补充、融合发展。该平台作为宣传医保惠民政策、回应群众诉求的“新渠道”切实发挥着重要作用，开播以来，不仅成为学习新思想，运用新理念，立足新媒体，开辟医保政策宣传的新实践，更成为锻炼干部、培养干部的重要新平台。截止目前，已有 15 名领导干部、党员骨干参与现场直播，在线实时直播 5 期，直播间累计观看人数超 180 万人次，访问浏览量单期最高达 140 万人次，解答群众咨询突出问题 1100 余个。

四、筑牢宣传新阵地，筑实医保惠民服务“新动能”

作为州市医保惠民政策宣传“指尖上的医保服务”新阵地，库尔勒市医疗保障局在巴州医疗保障局的指导下，充分发挥“党建引领、医保惠民”服务品牌，积极宣传平台、推广平台，依托国家医保服务平台、新疆医保服务平台，为广大参保群众提供更加方便快捷高效的医保服务，全新打造“政务服务+线上直播”服务新体验。依托抖音平台传播范围广、参与互动性高的特点，常态化以直播面对面、实时接诉即办的方式进行线上答疑解惑，让广大参保群众办事更方便，获得感、幸福感及满意率更高，让小小窗口真正变成为民办实事、惠及民生的大服务。

下一步，库尔勒市医疗保障局将持续学习习近平新时代中国特色社会主义思想，认真践行以人民为中心的发展思想，不断实现人民对美好生活的向往，进一步推进学习教育与服务群众工作齐头并进、贯通融合，全力以赴落实好医疗保险“三重保障”工作，让人民群众的获得感、幸福感、安全感更加充实、更有保障、更可持续，推动医疗保障事业高质量发展。

强信息、解难题、优服务 河北省内职工转移接续“免申转”

河北省医疗保障局参保登记和异地就医中心

河北省医疗保障局始终坚持“以人民为中心”的发展思想，紧紧围绕让群众“看好病、少花钱、少跑腿”便民目标，强力推进“互联网+医保”建设，利用全省医保数据省级集中存储优势，进一步简化省内职工基本医保关系转移接续办理流程，实现了省内职工医保关系转移接续“免申转”。

一、思路目标

随着地区之间、城市之间流动人员的逐年增多，流动频率也不断加快，医保关系转移接续业务的流程多、耗时长、转账慢（个账）等问题日益突出，成为参保群众亟需解决的难点堵点问题。今年，为深入贯彻《河北省医疗保障局关于进一步推动更好实现让群众“看好病、少花钱、少跑腿”的若干措施》，推动经办服务创新与互联网、大数据等信息技术深度融合，让群众依规办事不求人，方便快捷少跑腿，我局紧盯职工医保关系转移接续中的堵点难点，依托国家统一医保信息平台，结合我省实际，通过省内数据“互联互通”、职工缴费年限“免办理”即累计和个账转移“秒到账”等措施，8月15日全面实现省内职工医保转移接续“免申转”，以信息化服务助力医保经办更好实现“让群众少跑腿、数据多跑路”，切实提升参保职工省内医保关系转移业务办理体验。

二、主要做法

（一）破“难点”，省内数据“互联互通”

全国统一的医保信息平台上线前，省内各统筹区的医保平台不一致，参保职工在省内进行转移接续，需要往返于原参保地与新参保地经办机构之间，跑腿负担严重。2022年4月，在实现职工医保关系转移接续“跨省通办”的基础上，进一步落实“放管服”改革，精简业务流程，实现省内医保关系转移接续“全程网办”。今年，利用全省医保

数据省级集中存储的优势，着力打通省内各统筹区信息交互屏障，实现省内参保缴费数据互联互通，为进一步优化省内转移接续业务奠定了坚实基础。

（二）通“堵点”，省内职工“参保即接续”

依托全国统一的医保信息平台，优化全省转移申请、受理、审核等流程，取消省内职工医保关系转入转出操作，参保人在省内跨统筹区完成职工参保登记后，系统自动读取该参保人所有为暂停参保的省内参保信息，并按暂停参保时间进行自动比对，将暂停参保时间最近的参保地作为转出地，参保职工的参保状态由暂停参保变更为终止参保，参保人无需再办理省内职工医保关系转移接续业务，省内职工的医保缴费年限自动累计。“免申转”既免去参保职工多头跑的问题，又实现参保缴费数据快速准确传输，大大缩短了办理时限，提高了经办服务效率，真正把“群众跑腿”变为“数据跑腿”，让更多参保职工享受医保便利，让医保服务更精细、更高效。

（三）消“痛点”，个账转移“无感办理”

坚持问题导向，着力破解转移接续过程中个人账户资金到账慢、流程长的问题，建立医保个人账户虚账、实账分别分列模式。参保职工在转出地办理暂停参保后，如转入地设置为接收个账，系统自动向转出地推送个账余额转移信息，转出地医保经办部门审核通过后，由转入地先行为参保人注入个账虚账，不受实际资金到账的影响，实现个人账户“虚账秒到账”，个人账户实账资金的转移由转出、转入经办机构按照财务拨付流程分批进行清算；如转入地设置为不接收个账，系统获取参保职工预留银行信息后自动发起个账清退，医保经办部门审批后，由转出地拨款至参保职工预留银行卡，极大减少参保职工个人账户转移等待时间。

三、工作成效

自河北实现省内职工医保关系转移接续“免申转”以来，累计有19276人次享受到这项便捷服务，涉及转移个账资金4196.12万元。该项便民措施大大简化了省内职工医保关系转移接续业务经办流程，

实现了接续业务无感办理，待遇享受无缝衔接，更进一步提高了医保经办管理服务。一是办理时限再压缩。省内职工转移接续办理途径由“线下跑办”到“全程网办”，再到“免申转”，办理时限由原来的线下 45 个工作日办结，缩短至线上 15 个工作日办结，到“免申转”的最快当日办结，大大节约了时间成本。二是办理材料再精简。转移接续材料由原来的《基本医疗保险参保凭证》《基本医疗保险关系转移接续联系函》《参保人员基本医疗保险信息表》三份材料，减少为《参保人员基本医疗保险信息表》一份材料，再到现在的无须转移材料，实现了无纸业务电子办，数据共享更准确，经办管理服务更便捷。三是经办效率再提速。通过全流程数据共享，各个业务环节全部通过信息化处理，避免了线下办理、审核等环节的错漏，做到了系统监控、自动接续，大大提高了经办效率，进一步提升了参保群众的医保服务体验。

四、启示

数字赋能，助力医保经办服务跑出“加速度”。河北省医疗保障局坚持以群众满意为目标，聚焦参保群众急难愁盼的医保问题，推动服务创新与互联网、大数据等信息技术深度融合，进一步加强医保信息数据资源集中，打通服务群众“最后一公里”，逐步实现医保业务“零跑腿”的目标。通过开展省内职工医保关系转移接续“免申转”，可逐步探索通过全国参保缴费信息的数据共享，创新性实现跨省转移接续的无感办理新模式，推动全国医疗保障经办管理更规范、办理更便捷、服务更优质、群众更满意。

瑞安市医保服务队伍“扩容提质” 打造群众“家门口”的医保服务标杆

浙江省温州市瑞安市医疗保险管理中心

瑞安医保在省、市医保部门的正确领导下，坚持以人民为中心，以优化医保领域便民服务为落脚点，通过紧抓经办队伍建设在提升医疗保障公共服务水平方面取得了一定成效。

一、思路目标

瑞安是浙江省人口第三大县市，常住人口 153 万，全市基本医疗保险参保人数 117.4 万人，但经办机构在编人员仅 28 名。随着经济社会的发展，医保服务需求出现量大面广、业务繁重等问题，且医保政策更新快、专业性强，医保服务供给难以完全满足群众需求，窗口经常出现“排长队”现象，影响了医保服务的进一步下沉和延伸。因此，瑞安医保部门以“为民办实事”为目标，改变直接增加工作人员数量的传统思维，分类细化下沉工作中的问题，靶向发力、精准破题，着力建设一支素质高、能力强、贴近基层群众的医保服务队伍，把医保服务搬到群众“家门口”，为群众提供“少跑”“近跑”甚至“不跑”的高水平、高质量的医保服务。

二、主要做法

（一）扩阵容、强管理，实现医保队伍下沉“更有力量”。

一是锤炼“医保精兵”。针对人少任务重的现状，瑞安医保重点抓好市中心工作人员业务能力建设，通过定期培训、研讨的形式不断强化经办人员业务能力。2022 年，市中心创成首批省级医疗保障服务窗口示范点。定期组织开展轮岗实训、岗位大练兵和“医保服务标兵”评选活动，建立镇街“医保联络群”，保证下沉队伍的整体素质，实现县乡村业务同一、政策同频、服务同质。

二是壮大“编外力量”。针对人员不足，瑞安医保通过整合、吸纳、培训、合作等形式，持续壮大医保“编外力量”。目前已将 31 名镇级

医保经办员、575名村级医保代办员、300名合作银行政务人员纳入医保服务队伍，构建成“1个市医保服务中心+23个镇街政务服务中心+514个村级网点+69个医银合作网点”的全域服务架构。同时将市内270余家“两定”医药机构相关工作人员打造成医保“宣传员”和“服务员”，切实保障医保基层经办服务。

三是实施“以管促效”。严把“入口关”，对新招录的“编外力量”一律实行“测试+面试”，招录后再用“以老带新”的形式，安排跟班学习，确保上岗前能熟练掌握基本业务受理和操作流程。严把“使用关”，制订“日常差错扣分制”，根据行风纪律、业务办理以及对医保基金影响等进行分类记分，予以针对性的整改测试、培训学习或辞退，落实“优留劣汰”。

（二）广覆盖、强服务，实现医保队伍下沉“更加到位”。

一是打通线下服务“最后一米”。借助全市37个“共享社·幸福里”党群服务驿站，创建“RUI医保”党建服务品牌，联合医院党组织、医药协会党支部和合作银行党支部开展党建联盟活动，通过“村社下单-网点接单”模式，开展义诊、政策咨询、宣传等活动，特别是为残疾人、老年人等出行不便人群提供预约上门服务，目前已提供医保服务近800人次。

二是守护线上服务“最后一刻”。依托合作银行建立“医保综合管理平台”，镇街和村级医保专员分别通过银行综合管理平台和医保村社平台进行业务办件登记、统计。村级代办员可依托“银行政务客服”开展24小时服务登记，通过“线上申请—区域分块—专员对接”，提供“预约办”“错时办”服务，目前已为基层群众累计办理业务8000余件。

三是不漏个性服务“最后一人”。把医保服务延伸至定点医疗机构、定点药店，打造集医保、医疗、医药于一体的服务体系。安排10名业务骨干组成“医保政策宣讲团”，对镇街、村社以及银行网点实行包保制，指导8个镇街创成首批温州市级医保基层服务示范点，并根据城区、山区、海岛等不同特征，因地制宜形成医保服务“一镇一特色”。

（三）优机制、强执行，实现医保队伍下沉“更合规矩”。

一是规范运行机制。按照温州市经办管理体系建设统一要求，落实“六个一”标准要求，制定经办服务首问责任、一次性告知、限时告知等 8 项制度，制作医疗保障经办政务服务事项清单及办事指南清单，确保做到医保力量下沉、服务水平上升。

二是完善激励机制。对镇街医保专员，出台《医保专员绩效管理辦法》，从经办规范、业务量、服务态度等方面进行考核；对村级代办员，出台有偿代办制度，根据业务量及完成难度分类发放补贴，代办一件最高可得 25 元，补贴由合作银行发放，并对村级医保服务示范点的代办员适当补贴。

三是健全内控机制。采取低风险业务交叉审、高风险业务中心审、不定期抽查审的方式，实现“基层经办、中心审核、全程留痕”模式。结合实际情况在村级推行线上办为主、自助办为辅、帮代办为补充的方法，确保每笔业务都能通过“企业微信”线上管理，由专人进行实时审核复核，避免少办漏办。

三、工作成效

一是业务分流，办事效率更高。随着医保服务队伍的扩展和经办下沉，在全市总业务量稳中有升的情况下，市中心的咨询量从日均 500 人次下降到 200 人次；市中心医保窗口高峰期排队时长从 90 分钟缩减到 10 分钟；零星报销业务 7 个工作日内完成，比国家规定的时限缩短了 13 个工作日；群众满意度达到 99.99%。

二是全域覆盖，服务范围更广。构建了“一纵一横一延伸”立体化医保经办服务网络，基本实现高频医保事项“不出村社”、疑难医保事项“不出镇街”。截止 10 月底，全市医保业务总接待量 15.08 万人次，其中乡镇以下接待量达到 9.52 万人次，占比 63.1%。相关经验做法得到新华社等权威主流媒体报道。

三是流程优化，服务成效更佳。为基层群众提供“面对面教办”“预约上门办”等个性化医保服务有了“自己的队伍”，特别是为老年群体、行动不便群体、山区海岛群体提供“上门服务”。如今年短短三个月内，

全市异地就医住院直接结算率提升了 32.7 个百分点，达到 78.2%。

四是减少投入，可操作性更强。在推进医保下沉过程中，将基层医保服务“嵌入”镇街便民服务中心、村社服务中心、银行网点等现有的阵地，财政几乎零投入。通过深化医银合作，仅镇街级医保专员的人力成本，每年可节约近 400 万元。

四、经验启示

一是队伍建设是高质量医保下沉的重要支撑。医保部门成立时间短、人员编制少，为摆脱经办下沉“单打独斗”的局面，整合一切可整合的资源和力量，不断提升“编内+编外”力量的综合素质，从“自己干”转化为“大家一齐干”，才能更好地做实医保这个民生事项。

二是全域覆盖是高质量医保下沉的重要基础。服务网点是基层医保工作的重要平台和载体，为此需秉持“一个不能少”的原则，把医保服务网点铺设到每个镇街、每个村社，为群众提供更好的医保服务环境，真正实现“医保服务在身边”。

三是数智运用是高质量医保下沉的重要手段。“浙里医保”包含报销、备案、参保、查询等多项功能，群众办理医保业务非常方便。但是部分行动不便群体、老年群体不会使用，这就需要代办员帮忙办理。由于“浙里医保”用于个体端，需开发辅助小程序，为代办员计量、留痕，以加强全过程管理。

四是安全管理是高质量医保下沉的重要保障。随着经办下沉及队伍的壮大，业务质量、基金风险、信息安全等问题难以避免，必须加强业务内部管理和第三方人员安全管理，保证医保经办管理服务规范有效。

“三味良方”打造高素质、专业化村级医保经办队伍

湖南省永州市江永县医疗保障局

为进一步加强基层队伍建设，提升基层医保服务水平和村级医保专干履职能力，江永县采取素质提升、关怀激励、考核评估“三味良方”，着力打造一支业务熟、素质高、服务优的村级医保经办队伍，把医保服务做到群众的心坎上，切实打通医保服务最后一公里。

一、思路目标

医疗保障是党中央始终关心、习近平总书记反复强调、人民群众热切期盼的重大民生问题、民心问题，任何时候都要把人民放在心中最高位置，把实现好、维护好、打发展好群众医保权益作为出发点和落脚点。江永县在开展干部队伍建设“三破三提三促”专项行动时，发现农村留守老人越来越多，这一部分人不会用网络、行动不方便，帮代办服务也不能解决群众常态化的医保需求，医保服务不充分的问题仍然存在。

为着力解决群众看病难，江永县主动作为，把常态化便民服务作为医保工作的“主攻方向”，在方便老百姓就医上寻求工作新突破。在依托村卫生室设立村医保服务室的基础上，用“三味良方”建设一支信念坚定、为民服务、勤政务实、敢于担当、清正廉洁的高素质专业化村级医保经办队伍，实现常态化便民服务新局面，使农村医保服务成为民生领域里的放心工程、暖心工程。

二、主要做法

为进一步强化基层医保经办人员业务能力，充分发挥县、乡、村三级机构的联动作用，着力培养一支本领高强的村级医保经办人员队伍，持续提升乡村医疗卫生服务能力，全面实现农民群众享有基本医疗卫生服务，筑牢农民群众健康的“第一道防线”。

（一）着眼素质建设，提升村级医保队伍的“源动力”。

打铁尚需自身硬，为更好地服务群众，满足群众的医疗需求，必

须建设一支作风优良、本领高强的医疗服务队伍。一是以练兵比武活动为契机，不断提升村级医保专干素质能力。抓住医保经办服务岗位大练兵大比武契机，全面加强村级医保队伍教育培训，采取线上线下多种形式开展业务练兵比武，不断提升医保政务服务能力和水平，为广大群众提供高效便捷温馨的医保服务。同时，组织 2 名村级医保专干参加全市大练兵大比武，7 名村级医保专干到现场观摩，提振了他们敬岗爱业的信心。二是常态化开展“医保大讲堂”。定期组织村级医保专干解读业务知识，宣传相关政策，助力全面掌握业务知识，快速成为业务骨干、行家里手，推动融入医保大家庭。三是县医保局选派业务骨干对村级医保专干采取分片包干的方式，长期的跟踪服务，且通过“手把手”教学、面对面培训，将业务经办流程逐一讲解，现场解答经办服务中遇到的疑难问题。培训做到“不漏一村、不漏一人、不漏一项”，提升了基层工作人员的业务能力和责任意识。四是强化作风纪律建设和监督管理。通过廉政谈话、观看警示片等形式，抓早抓小开展村专干廉政教育和警示教育，专项整治“不担当不作为、损害侵蚀群众利益”等问题，拧紧思想开关，筑牢廉政防线，努力建设“清廉医保”。今年以来，开展各类业务培训 10 余次，举办知识竞赛 1 场次，现场观摩活动 1 场次，外出学习培训 12 人次。

（二）注重关怀激励,提升村级医保队伍“驱动力”。

为进一步激励村级医保专干工作积极性，积极推行“一录两奖三补一淘汰”措施，让这部分人的生活有保障、养老有依靠、规划有出路、队伍更稳固。“一录”（有效拓宽职业规划与发展）：每三年在事业编制招考中拿出 2 个岗位面向县内村级医保专干进行招考。“两奖”（有力激发工作潜力）：每年评比 10 个优秀村医保室、评选 10 名好村医保专干，由县委县政府分别进行表彰奖励。通过树立典型，表彰先进，全县村级医保专干工作热情与积极性达到空前高涨。“三补”（着力解决村级医保专干在职与退休生活保障）：一是全县 112 个行政村聘用的村级医保专干纳入所属乡镇政府、卫生院统一管理，设立岗位工资、岗位津贴与绩效工资进行考核，一年一考核一聘用；工资发放

由卫生院月考核、月兑现，医保局负责季评比、年度考核决定下一年去留。二是统筹安排村级医保专干参加企业职工基本养老保险或城镇居民养老保险，资金分级兜底，按比例由财政和个人负担。三是医保局每年拿出 100 万元家庭医生签约服务资金补助村级医保专干。“一淘汰”（有效提升村级医保专干工作规范）：村级医保专干实行一年一考核一聘用，对其工作情况采取月督查、季评比、年考核的工作机制。对年终考核排名最后一名的村级医保专业干评定为不合格村级医保专业干实行末位淘汰制，淘汰出来的岗位实行“四个一”（培训考试选拔一批，面向社会招聘一批，乡镇派驻一批，县域内调剂补充一批）的方式进行竞聘选拔，保证优秀卫技人员充实到村级医保专干队伍。通过推行“一录两奖三补一淘汰”村级医保专干激励机制，给全县村级医保专干队伍注入强心剂，推动他们扎根基层、安心基层。

（三）强化结果运用,提升村级医保队伍“内动力”。

激发干部干事创业的内生动力，必须强化考核结果运用，奖优罚劣，形成担当作为创、优争先的干事氛围。一是制定出台了《村级医保专干管理办法》和《考核细则》，进一步规范村级医保专干职业体系，推动更好履职尽责。二是“严”字当头抓管理。细化管理内容，出台的《管理办法》共 12 条，覆盖村级医保专干招聘、管理、培养、使用全流程、各环节，形成以“严”字为主基调的管理机制。同时，紧盯村级医保专干的岗位职责和可能存在的廉政风险，明确了执行退出机制的 8 种情形，扎牢村级医保专干负责、守责、尽责的“笼子”。三是不折不扣真考核。用好考核“指挥棒”作用，《考核细则》，对考核对象、考核方式、考核内容和结果运用等进行了明确规定，突出考核内容多元化，量化制定考核评价指标体系；突出考核方式精准化，实行平时考、年度考相结合；突出考核结果导向化，着力解决“干好干坏一个样，干多干少一个样，干与不干一个样”问题，激发干部立足基层、服务基层的热情。

三、成效和启示

村级医保专干的素质决定着医保服务水平，抓好村级医保专干队

伍建设要把握好一点：完善的保障是村级医保专干心无旁骛的关键，是打通医保服务最后一公里的关键。江永县想群众之所想、急群众之所急，积极主动为村级医保专干排忧解难；通过组织开展专题培训，岗位练兵比武等活动，帮助专干补短板、强能力；在关怀激励上，积极推行“一录两奖三补一淘汰”措施，让这部分人的生活有保障、养老有依靠、规划有出路、队伍更稳固，夯实了医保 15 分钟服务圈，群众的医保获得感、幸福感持续提高，最大限度推动医保便民服务，实现医保服务零距离。

天水“医保专员”制度推动医保经办与就医服务有机融合

甘肃省天水市医疗保障服务中心

一、工作背景

天水市现辖两区五县，乡镇 113 个、街道办事处 10 个；行政村 2492 个、社区 133 个；截至 2023 年 10 月底，全市基本医疗保险参保 316.47 万人，定点医药机构 3688 家（含 2522 家村卫生室），现有医保经办工作人员 189 名，服务对象多、工作量大面宽，经办力量不足与群众日益增长的高质量医保经办服务需求之间矛盾十分突出。参保人员和家属在定点医疗机构非常集中，在就医过程可能需要办理转诊、备案、查询、密码修改、共济账户绑定、报销政策咨询等医保服务事项。如何为参保患者在就医过程中零距离提供心贴心的医保服务，成为全市医保人亟需思考和解决的一个难点。创新建立“医保专员”制度，推进医保服务与医疗服务深度融合，让医保经办服务进入了就医全过程，将医保政策送到了病人床头，真正打通了医保服务患者的最后一百米，进一步提升了参保群众的获得感、幸福感和安全感。

【实际案例】

“我们来住院，医生对医保宣传很到位，我们现在出院结账对账单都一目了然，清清楚楚的，少走了很多弯路。”近日，来自武山县的王女士，在天水市第一人民医院体验了一次“医保专员”制度所带来的便捷。

在新晋“医保专员”负嘉维医生陪同下，当我们见到王女士时，她略显紧张。但当谈起“医保专员”时，脸上写满了满意。“在入院的时候，主治医生就给我介绍住院期间，哪些是自付费用，哪些是不需要花什么钱，让我明明白白花钱”，短短话语体现出了她对这项工作的认可与信任。

“医保专员”，不仅要承担常态的接诊和查房等工作，还要把医保服务融合到工作中，向患者宣传医保政策，帮助他们办理入院、转院

转诊、慢性病申报……。同时，医保专员制度实施，创新了服务模式，“实打实、心贴心、面对面”的服务，真正实现了便民利民。

二、主要做法

（一）探索医保专员制度，促进医保医疗服务“大融合”。坚持制度优先、激励并重的原则，积极推动在市第一人民医院建立了“医保专员”制度，有效探索出了一条促进医保服务与医疗服务深度融合发展的新路子。从全院选拔热爱医保管理、工作细致认真、责任心强的医护人员兼职医保专员，负责所在科室（或本领域）医保工作日常事务，做好医保政策宣传咨询，贯彻落实医疗医保政策，维护医患双方合法权益，保障医保制度的规范、顺利实施。医保专员实行聘任制和晋升制，设置三个等级，待遇依据岗位级别赋予差异化绩效分配系数，切实调动“人人参与、科科支持”医保服务的积极性。医保专员制度的实施，有效提高了医院的医保精细化管理水平，切实减轻了临床医保管理压力，为持续强化基层站点服务能力提供了坚实保障。

（二）强化全员业务培训，培养精通医保服务“明白人”。医保公共服务涉及到的政策千头万绪，知识性、专业性都很强。医保经办机构协同医院开展“医保知识讲堂”活动，开展送培训上门服务，深入宣讲医保知识，持续抓好全员培训，努力发展更多精通医保业务、熟悉医保政策的医保“明白人”“身边人”。在此基础上，建立“导医+窗口+医护+医保专员”的四级工作队伍，实现全院医保宣传服务全覆盖，为参保患者随时随地提供政策咨询、流程指导，让群众在就医过程中就能问明事、解难事、办成事，切实发挥了服务站点人员“三员（医保政策宣传员、费用报销服务员和排忧解难联络员）”的重要作用。

（三）推动服务窗口前移，开启快捷高效便民“新模式”。将信息化作为提升服务水平的基础性工作，高水平投入、高标准谋划，依托医疗保障信息平台，以确保顺畅结算为前提，以提升便捷水平为关键，全力加快医保信息化建设。截至目前，已开通医保移动支付和医保综合服务终端“扫脸”结算，全面实现医保电子凭证在挂号、问诊、取药、取报告及诊间支付等环节的全流程应用。将出院结算窗口前移至住院

病区，把窗口服务功能“搬进”病房，让数据多“跑路”，让群众少“跑腿”，持续改善了患者的就医体验。下沉医保高频服务事项，通过“导医+窗口+医护+医保专员”医保服务队伍，协助患者随时随地办理备案、查询、政策咨询、共济账户绑定、医保电子凭证激活，以及在窗口办理社保卡密码修改、门诊慢特病申报等业务事项。对个别单例患者临时需要使用的医院无储备药品耗材，进行临时紧急采购并纳入医保结算，有效解决了“外购”药品耗材医保结算繁琐的问题。

（四）突出医保政策宣传，实现服务参保群众“零距离”。把宣传作为服务群众的“纽带”和医保医疗服务融合的突破口，充分发挥医院与参保人员联系紧密的突出优势，开辟政策宣传新阵地，建立政策宣传新通道，直接把医保政策宣传落实到参保群众看病就医的第一线。在门诊大厅、结算窗口、住院病区，摆放、张贴、显示屏滚动播放各类医保宣传内容，公示报销政策、就医流程、医保服务事项、常规医疗服务项目及医用耗材价格等，让群众随时随地接受医保宣传、了解医保政策。将医保宣传纳入患者出入院宣教的重要内容，根据患者参保类型、疾病病种等实际情况，“订单式”“个性化”开展待遇政策宣讲、费用结算情况解释，及时收集、反馈、处置群众关心关注的医保相关问题，让群众明明白白就医、清清楚楚结算。

（五）开展服务等级评价，促进医保服务水平“稳提升”。以医保服务质量等级评价工作为抓手，积极构建以参保患者为中心、公平高效的医保服务体系。参保患者通过扫描科室/病区二维码，从医保合规预警、医保服务反馈及开放性问题挖掘 3 个维度，主观感受、医保结算、医保医师、医技服务等 43 项指标，对医院的医保服务质量进行客观的评价，真实反映就医时对医保服务及就医流程的体验感和满意度。在工作过程中，积极引导医院在广泛宣传动员上下功夫、在患者评价环节上下功夫、在强化结果应用上下功夫，通过对采集到的评价数据进行定性、定量分析，有针对性地进行整改。自 2023 年 7 月份开展此项工作以来，市第一人民医院共回收监测评价数据 7209 条，整改问题 105 条，有力地促进了医保服务质效不断提高和医院高质量

发展。

三、工作成效

一是促进了经办事项下沉。“医保专员”制度通过积极探索管理与激励有机结合的工作机制，引导临床科室主动参与医保服务、促进医保医疗服务深度融合，有效改变了原来定点医疗机构医保管理和医保服务由医保科室“单打独斗”的传统局面，实现了医保服务由“医保部门要求做”向“医疗机构主动做”的转变，在做实经办延伸站点服务、有效落实下沉事项上发挥了有力的机制保障作用。

二是提升了医保服务质效。“医保专员”制度的核心是“全员参与”，着力把医保服务体系建设的目标转化为全体医务人员的内生动力，让参保患者从入院、就诊、出院的每一个环节都能感受到医保服务的存在。通过“面对面”“心贴心”的服务，实现了医保高频事项与看病就医同步进行、一站式办理，切实提升医保公共服务的便捷性和体验感，有效缓解了群众“跑腿”负担和医保经办机构压力。

三是起到了示范带动作用。“医保专员”制度通过绩效管理的“小切口”推动了医保服务理念“大转变”，可操作性强，易于推广复制。在支付方式改革全覆盖的大背景下，医院可以通过建立“医保专员”制度进一步促进精细化管理水平提升，进而取得切分医保基金总额“蛋糕”的竞争优势。因此，各级定点医疗机构复制推广的积极性和主动性强，是促进全市医保公共服务延伸全覆盖的一个有力抓手和载体。

党的二十大对增进民生福祉，提高生活品质提出了更高的要求，天水医保将持续以人民健康为中心，以群众需求为导向，着力在转变服务理念、创新服务方式、推进服务下沉上狠下功夫，着力为人民群众提供更加舒心、省心、贴心、暖心的“四心”医疗保障服务。

建强医保经办队伍 优化医保服务水平

新疆维吾尔自治区昌吉回族自治州医疗保障局

近年来，昌吉州医保局始终坚持“以人民为中心”的发展思想，深入贯彻落实中央第三次新疆工作座谈会精神，坚持以解决群众急难愁盼的医保问题为导向，持续加强经办队伍能力素质建设，构建州-县-乡-村四级高效便民医保服务体系，打造“15分钟+5 医保便民服务圈”，努力为群众提供贴心暖心的医保服务。

一、深刻领悟提升医保服务的重大意义

优化医保服务是我们党全心全意为人民服务根本宗旨的重要体现，也是推动医保事业高质量发展的根本要求。为实现这一目标，昌吉州医保局致力于培养一支政治可靠、业务精湛、综合能力出众的高素质医疗保障经办队伍，通过强化人员学习培训、推行岗位“业务大练兵”、延伸拓宽服务渠道等手段，持续加强医疗保障人才队伍的建设，为构建“以人民健康为中心”的医疗保障体系而不懈努力。

二、案例内容

昌吉州医保局坚持传统服务方式和新型服务方式“两条腿”走路，为参保群众提供优质服务。近年，充分应用基层信息平台将 12 项医保政务服务事项延伸至乡镇（街道）、村（社区），并不断加强人员培训，提升基层经办人员的服务能力。同时，拓展线上帮办代办渠道，参保群众可通过手机 APP 线上办理 12 项业务，真正实现让数据多跑路，让群众少跑腿。

“我岁数大了，最近血压也高了，上个月办理了高血压的慢病认定，没想到现在这么方便。前些年办理糖尿病慢病认定时要去医院鉴定，再拿到医保局审核，办完当月还不能享受等待时间较长。现在方便了，在医院鉴定后不用再跑路去医保局了，在医院鉴定完当时就能享受医保报销，太方便了！”昌吉市揽翠社区的王奶奶在医保局的宣传讲座中说道。“现在想查询医保就近在社区就能查，社区的干部

现场就能解答医保问题，不用再跑到医保局去咨询了。年初我想去西安儿子家准备长住，但是一想到体弱多病，看病手续又繁琐，就打退堂鼓了，这个事一直是我的心病。无意间，医保局工作人员上门讲政策，讲到可以在手机上进行申请办理，还可以享受双向政策。我即刻给儿子说了这个好消息，我家儿子高兴的说：“感谢党和政府，有这么好的惠民政策，巴不得让我现在就赶快飞往西安，便捷的异地就医备案，解决了我们家长期困扰的因看病手续繁琐、资金周转困难、来回跑趟、报销时间长等问题。”现在社区工作人员帮我在手机上提交了申请，当天就收到了审核通过的反馈信息，服务也好，办事也快。”退休职工张大妈在居住地社区发出这样的感叹。

“小窗口、大服务”昌吉州医保局大力开展“简流程、优服务、抓实效”工作，对政务服务事项办事指南进行全面调整和完善，梳理业务标准，流程再造，精简材料和证明清单，对外公布证明事项清单、告知承诺涉企许可事项清单等7张政务事项公开清单，形成标准化的窗口办事流程，并通过“培训+检查”的方式，切实提升窗口经办人员的业务能力和服务素质，持续优化企业群众办事体验感，打造优质服务窗口，让服务真正做实、做好。

三、主要做法

（一）强化政治理论基础，提升服务支撑力。一是以“主题教育”活动为契机，结合医疗保险经办工作的实际，制定学习计划，通过个人自学与集中学习、专题讲座、会议培训等多种方式，持续加强医疗保险政策法规的学习，有效夯实为民服务办实事的理论基础。二是发挥“头雁”作用，局领导班子先学一步、学深一层，建立“领导领学示范课堂”，带头交流发言、撰写理论文章、赴基层调研学习等，为党员干部作出示范、当好表率，激发了全局党员干部理论学习的自觉性和主动性，营造了浓厚的学习氛围，三是以案促学，针对政策方面的问题和业务办理流程中的难点，组织业务骨干对典型案例进行剖析研判，梳理规律经验，提出重点整改方向，全体经办人员复盘学习。通过总结盘点经办过程中的经验做法、短板弱项，进一步提高了经办人

员工作的专业性和规范性，从而推动实现干部理论知识和服务能力的双促进、双提升。截止目前已经组织 4 次案例剖析研判会。四是强化业务指导培训。通过基层实操指导、集中政策学习、线上直播学习等方式，选派业务骨干赴基层开展培训指导工作，并组织开展医保业务大练兵，进一步帮助各级经办人员熟悉政策，提升业务实操能力，确保及时准确地向群众宣讲医保政策，让医保惠民好政策真正落到实处。五是完善经办服务体系。在全州 82 个乡镇（街道）、601 个村（社区）设立医保便民服务站（点），基层经办服务人员近 700 人，累计服务群众十余万人次。缩短为民服务半径，畅通经办服务“最后一公里”。六是增强基础设施配置。为各服务站（点）悬挂统一标识、配备电脑、打印机等办公设备，实现专门窗口、专门网络、专兼职人员，以基础设施设备为保障，建立起横到边、纵到底、全覆盖的医保经办服务网络。七是全面梳理可下沉办理业务事项。按照“能放必放、应放尽放”原则，建立基层办理业务清单，下放办理权限，将 12 项事项全部下放至医保经办服务站（点）办理。

（二）锤炼干部作风，筑牢思想防线。一是积极推动党风廉政建设，深化习近平总书记系列讲话精神和党章党规的学习，定期举行廉政党课和警示谈话，不断增强全局干部职工廉洁从政的思想自觉和行动自觉，真正把服务群众的意识落实到实际工作中。二是建立有效的咨询投诉处理机制，制定《“好差评”评价问题管理办法》和《投诉处理制度及流程》等规章制度，建立惩戒措施，逢“差评”必调查，对办事群众反映的问题进行调查追溯整改，做到“群众有诉求、窗口必有应”。

（三）用好社会力量，拓展服务渠道。一是昌吉州医保局不断拓宽延伸服务渠道，依托全州 471 家医药机构，207 个乡镇卫生院、街道（社区）服务中心（站室），68 个社会治理网格站，110 家银行网点等设立医保服务窗口，统一挂牌设立了医保便民服务点，配备专兼职人员，最大化的为群众提供便民利民服务。二是全州慢特病药店全面提供“上门服务”“延时服务”“预约服务”，实现了服务从 8 小时向“白

+黑”“全天候”服务的转变，让医保服务做到“不打烊”。三是推进便民服务高频事项进驻州、县（市）、乡镇（街道）、村（社区）邮站，通过邮政网点对企业和参保群众提供专人预约、咨询引导、协助填报材料、邮寄送达等便利化服务。

四、经验与成效

通过提升医保服务水平，强化医保服务队伍建设，昌吉州医保局在 2019 年、2021 年以过硬的经办质效通过国家医保系统行风建设现场专项检查，2020 年获评全国医保经办精细化管理服务典型案例三等奖，2022 年荣获“全国优秀信用承诺案例”，极大程度的提升了群众的幸福感、获得感和满意度。

（一）搭建“两个平台”，提升医保服务深度。一是“党建+业务”，搭建“融合发展服务平台”。昌吉州医保局秉承着工作态度热心、办事过程细心、解答问题耐心、履行承诺诚心、业务办理省心的“五心”服务承诺。全面落实“好差评”制度，好评率达 99.98%。二是“线上+线下”，搭建“培训提升服务平台”。依托练兵比武活动，强化业务指导培训。定期对窗口经办人员、基层经办人员开展业务培训。截止 10 月底，全州培训 100 余场次，涉及基层经办人员 1.5 万人次。不断提升经办服务人员的能力水平，推动医保服务更加惠民便民。

（二）着力“三个延伸”，拓宽医保服务广度。一是服务触角向“家门口”延伸。将参保登记、信息查询、异地就医备案等 12 项便民服务事项下沉到基层服务点。截止 10 月底，基层办理参保登记、暂停、异地就医备案等高频事项 5.37 万件。二是服务平台向“互联网”延伸。依托国家、新疆医保服务平台等线上服务渠道，实现参保查询、参保信息变更等高频事项“网上办”。异地就医备案、基本医保关系转移、人员信息维护等服务事项线上线下功能互补办理。今年截止 10 月，共办理线上业务 34 万件，占总办件量的 72%。推动实现医保码全流程应用，5 家二级以上定点医疗机构完成医保电子凭证全流程应用上线，方便群众持“码”就医购药。全州医保码激活量 86.8 万人，146.6 万人次使用医保码，使用率 35.77%。昌吉州人民医院等 11 家医院实

现医保移动支付。三是服务时间向“15小时”延伸。通过药店延时服务，让全州 21.98 万人次门诊慢特病患者享受到更加便捷化、人性化的医保服务。

（三）健全“四项”机制，提升群众满意度。一是健全政策宣传长效机制。深入开展“医保政策进万家”活动，聚焦困难家庭、住院患者、慢特病患者等重点人群，常态化开展大走访、大调研，认真倾听群众诉求，收集对医保政策和工作的意见建议，切实为参保群众解决实际问题。截至目前，共开展“医保政策进万家”活动 150 余次，发放宣传材料 13 万余份，面对面解决参保群众诉求 30 余次。拍摄医保政策宣传视频 2 期，点击播放量累计超过 10 万人次。通过转发国家医保政策宣传视频短片 78 个。二是健全群众诉求办理机制。坚持不定期召开由主要负责人召集的群众诉求分析研判会，对群众反映强烈的问题进行认真分析研究，共梳理难点、堵点问题 条，建立问题清单，制定切实可行的解决措施，确保群众诉求“有人管、有人办、办的好”，形成环环相扣、衔接紧密、务实高效的完整闭环。截止目前，州医保局 12345 政务服务热线一次办好率为 100%，问题解决率 100%。三是健全经办服务提升机制。为更好服务参保群众，全州 7 个医保经办服务大厅均设置“综合柜员制”窗口，实现医保经办服务“一窗受理、一站式服务、一柜台办结”，严格落实首问负责、帮办代办、容缺受理、延时服务等制度，确保参保群众办理业务“只跑一次”。今年以来，综合柜员制服务窗口共受理医保业务 12.67 万余件，“好差评”评价反馈群众满意率 99.98%。为参保群众免费邮寄医保关系转移信函 208 余件，为参保群众节省费用 1000 余元。四是健全协同办公推进机制。畅通群众投诉渠道，紧盯热点、难点、断点、堵点、痛点，多层面、多角度开展分析研判工作，当好提升群众满意度的“智囊”，为提升参保群众满意度提供决策。截止目前，全州已通报 1 期。

下一步昌吉州医保局将持续以“放管服”改革为抓手，主动靠前、优化服务，深入开展医疗保障领域行风学习教育，将行风建设与业务工作同部署、同执行、同检查。以改进医疗保障公共服务为导向，以

医保经办信息化、标准化建设为目标，以参保单位和参保群众的便捷办事为出发点，进一步规范服务模式，用好“好差评”制度，提高医保经办工作服务能力，着力打造具有昌吉州特色的医保服务品牌。

问需于民寻破题良策 一流队伍促长护升级

山东省济南市医疗保障局

习近平总书记指出：我们建立全民医保制度的根本目的，就是要解除全体人民的疾病医疗后顾之忧。济南市医疗保障局认真贯彻习近平总书记重要指示批示精神，扎实落实积极应对人口老龄化国家战略，深入开展“床前问询”“你想我办”“有需必应”等调研活动，围绕失能、半失能群体的现实需求，针对性推动长期护理服务网格化管理、“一人一方案”精准护理、压疮集中治疗、护理人员全覆盖培训等系列专项行动，初步构建了政府主导、保险公司经办、社会组织协同、护理机构服务的立体化服务体系，以高水品的护理服务供给破解医、养、护三难困境，得到了群众和社会的广泛认可。央视新闻联播、新华社《要情动态》等中央媒体对我市做法进行了专题报道。

一、案例背景

济南市于2016年较早启动了职工长期护理保险试点，2020年被确定为长期护理保险国家试点城市，2021年启动居民长期护理保险，初步形成了覆盖城乡的制度体系。但济南市地域面积超1千万平方公里，参保人员达860万人，城乡之间、地区之间护理资源配置不均衡、服务水平差异大的问题仍然存在，护理机构之间护理能力不一、不规范竞争的现象时有发生。为切实解决当前长期护理工作存在的问题，提高长期护理领域精细化管理水平，济南市医保局以一线调研为先导，广泛动员参与长期护理服务的多方主体，凝聚合力、破解难题，着力推动长期护理事业高质量发展。

二、主要做法

济南市积极贯彻以人民为中心的发展思想，精准聚焦失能人员需求，组建由医保部门、行业协会、评估和护理机构组成的调研队伍，深入一线开展调研，覆盖4大服务片区和全服务类型。针对调研发现的问题，创造性开展系列行动，有效破解了失能人员照护难题，以战

促练,逐步打造一支高水平护理队伍,推动长期护理事业向纵深发展。

(一) 问需于民, 加强政策引导。统筹考虑城乡实际护理服务差异,强化政策引导,合理配置资源,有效解决护理服务的可及性问题。一是构建精准申请渠道。依托四级医保经办服务体系,构建精准失能人员申报渠道,发挥区县、街镇、村居的力量,为长期护理保险的发展营造良好的外部环境。二是探索新型护理服务模式。针对农村、偏远地区传统观念、经济条件有限、护理机构数量少等限制因素,发挥政府主导作用,充分利用现有照护资源,探索“服务机构+幸福院”护理服务模式,推动村居闲置的幸福院与定点服务机构协同合作,为失能人员提供集中照护服务平台,将上门提供居家照护及集中照护服务相结合,有效解决了农村偏远地区服务可及性问题。三是加强政策宣传引导。通过长护险知识讲座、公益电视广告、网络宣传等多种形式,帮助参保人员了解长护险政策,逐步改变参保人员的传统观念,扩大长护险享受待遇人员范围。先后印发了济南市长期护理保险宣传折页、宣传海报、《长期护理保险文件汇编》等材料,提升了参保人员对长护险政策的了解,促进失能人员与长期护理服务的“双向奔赴”。

(二) 建强队伍, 提供多维保障。充分调动各方力量,构建多层次服务体系,为失能人员提供多维度服务保障。一是充实管理力量。专门设立长期护理保险服务处,负责全市长期护理保险的经办管理工作,组建150余人经办队伍,不断提升经办服务能力和效率。发挥区县管理半径小、人员力量大的优势,推动经办管理力量下沉区县,在定点服务机构准入、日常监督、退出等方面加强管理。成立长期护理事业发展促进会,在行业自律、人员培训、课题研究等方面发挥积极的作用。二是优化服务队伍。鼓励定点服务机构积极吸引社会剩余劳动力,就地招聘护理服务人员,既解决机构服务成本问题,又能拉动当地人员就业,实现服务机构有盈利、服务人员有动力,失能人员有生存质量。三是补充社会志愿力量。积极发挥基层党组织的引领作用,在街镇中有条件的村居成立三支红色长护先锋队。其中,由青年党员组成的帮办代办先锋队主要负责帮助符合长护险政策的参保群众网

上报送材料；中年党员组成的政策宣传先锋队主要负责对长护险政策进行宣传推广；年龄较大的党员组成的监督公示先锋队主要负责监督把关申请人名单，确保公平公正，架起了群众与长护的“连心桥”。

（三）提升能力，增强群众获得感。持续提升护理服务质量，不断增加失能人员对长护险服务的获得感，满足失能人员多样化的护理服务需求。一是增加服务供给。引导区县医保部门合理规划定点服务机构布局，加强对机构的指导、监督和考核，着力打造各区县的星级服务机构，引导机构提质增效、规范发展。二是提升服务质量。定期组织全市护理人员培训，提升护理人员的工作积极性和专业技术水平，稳定护理人才队伍。同时积极争取财政、人社等部门支持，通过“再就业培训资金”培训护理服务人员，培训合格后统一发放合格证书，逐步实现护理服务人员持证上岗，规范服务。三是提供精准服务。按照“兼顾医疗与照护，精准设计、多维保障”的原则，制定 54 项护理服务项目，要求定点服务机构考虑失能参保人员病情、失能状况、护理需求等因素，合理制定个性化护理服务方案，实现失能人员“一人一方案”。为破解患压疮失能人员照护难题，开展“压疮集中治理行动”，印发《压疮治疗方案》《营养干预方案》《易感人群护理方案》，建立压疮护理标准化操作体系，集中治理失能人员压疮，提高失能人员生存质量。

三、取得成效

（一）失能家庭负担有力减轻。2016 年济南市启动实施长期护理保险工作以来，提升了失能老人生活质量，失能人员家庭“一人失能，全家失衡”的困境大为缓解。截至 10 月底，我市享受长期护理保险待遇人员累计 5.2 万人，长护险资金支出 11.57 亿元。

（二）资源利用效率持续优化。通过优化长期护理保险护理服务项目，将部分急需、技术难度较高的基础医疗护理项目纳入保障范围，充分调动了机构医护人员上门开展医疗护理的积极性，在避免基础护理服务缺失的同时，实现了医护资源优化配置和合理使用，群众也得到了实惠。数据显示，重症失能人员在医院治疗平均每天费用为 1260

元，转入护理院享受专护后，日均费用仅为 220 元，是之前的 17.5%。

（三）就业岗位机会不断增加。目前，济南市长期护理保险备案护理服务人员达 7000 多人，参与培训护理服务人员 2.5 万人次，随着长期护理保险制度发展和群众护理服务需求的不断释放，护理员的市場需求量将不断增大，职业化、专业化护理人才不断涌现，为带动社会就业和行业发展作出积极贡献。

（四）康养产业发展成效明显。随着制度的发展完善，目前济南市长期护理保险定点服务机构数量达到了 235 家。为鼓励社会力量参与护理服务体系建设，我们还试点将居家照护服务公司、护理站纳入协议管理范围，着力培育规模化、系统化、平台化的护理服务连锁企业，为“康养济南”建设打造良好的行业基础。

济南市开展长期护理保险工作相关做法先后被央视新闻联播、早间新闻、新华社《要情动态》以及省、市多家媒体专题报道，为其他地市提供了可操作、可复制的经验。

四、经验启示

一是以政治站位提升人民情怀。长期护理保险制度是健全社会保障体系的重要制度安排，有利于保障失能人员基本生活权益，提升他们体面和有尊严的生活质量。民生无小事，枝叶总关情，要推动医保经办工作高质量发展，必须强化宗旨意识、胸怀“国之大者”，精准对接失能人员护理需求，聚焦护理领域短板弱项，增加护理服务供给，为失能人员制定精准的护理服务方案，努力为群众提供全方位、全周期的护理服务。

二是以特色路径深化经办改革。认真贯彻落实国家、省关于深入推进医保领域供给侧改革的有关要求，必须紧盯最关键处发力、向最核心处突破。要针对人员多元化、多层次的护理需求，不断健全完善经办规程，优化各个环节工作流程，健全调查研究、沟通协调相关工作制度，确保各项试点工作运行有据、推行有序、落实有力。

三是以制度机制保障服务成效。更好地推进长期护理保险工作，必须强化医保部门的顶层设计及政府部门的坚强领导，获得各部门的

鼎力支持、协同作战。不断完善长期护理保险制度，加强组织领导，坚持需求导向，积极探索创新，加强政策宣传，广泛动员全社会积极参与护理服务工作，为长期护理保险高质量发展建言献策，保障失能人员服务取得成效。

下一步，济南市医疗保障局将继续认真贯彻落实党中央、国务院重要决策部署，提升失能人员生存质量，加强护理服务队伍建设，增加护理服务供给，推动长期护理保险工作高质量发展。

打通门诊慢性病申报直通车，跑出经办服务加速度

陕西省汉中市略阳县医疗保险经办中心

略阳县医保局牢固树立“以人民为中心”的发展理念，聚焦“通堵点、疏难点，为群众办实事”，优化门诊慢性病申报流程，缩短认定时限，推出门诊慢性病待遇申报认定掌上办、定点医疗机构“即时办”和“帮代办”等医保服务新模式，打通了申报渠道“直通车”，跑出经办服务“加速度”，不断提升参保群众的获得感和满意度。

一、思路目标

略阳县地处秦巴山区，是国家乡村振兴重点帮扶县，域内山大沟深，群众居住分散，交通相对不便。全县常住人口 13.99 万人，各类慢性病患者 4.5 万余人，慢性病罹患率高达 30% 以上。长期以来，由于慢性病待遇认定专业性强，申报资料复杂，受理程序繁多，审核时限长，群众频繁“吐槽”，部分患者甚至嫌麻烦、不申报，使慢性病认定成为医保工作的“梗阻点”，也是各级巩固脱贫攻坚成果与乡村振兴有效衔接考核评估反馈整改的“老大难”问题。为了推进门诊慢性病待遇落实，我局提出加快推进“互联网+医保”建设，探索“两病”门诊用药保障待遇和慢特病全流程“掌上办”、帮代办”和定点医疗机构“即时办”服务模式，满足群众多样化医保服务需求，不断提高群众医保办理体验。

二、主要做法

（一）积极争取资金，搭建智慧平台。为了破解制约慢性病患者享受医保待遇的瓶颈问题，我局积极争取县委、县政府支持，解决财政资金 60 万元，通过政府采购的方式，委托网络信息开发公司按照“安全可靠、方便快捷、兼容稳定、智能扩展”的原则，建设了“略阳智慧医保”微信平台，搭载了“两病”门诊用药保障待遇、“慢特病”在线办理，以及各类医保事项办事指南（对用户个人业务和单位业务进行解读，如：参保业务指南、门诊业务指南、定点机构结算指南等）、

政策解读（对城乡居民、城镇职工、生育保险、报销政策等医保政策进行解读，如：城乡居民参保缴费、门诊待遇、城镇职工参保缴费、门诊报销等）、公共查询（定点医院查询、定点药店查询、药品目录查询、诊疗目录查询、经办机构查询、特殊药品查询、异地就医查询、执法公开查询）、评价与投诉（用户可通过智慧医保小程序对医院、药店、机构进行监督投诉举报）、系统通知（办理进度、客服联系等）及后台综合管理系统等多项医保服务功能模块。

（二）先行试点总结，逐步完善提升。我局根据全县 17 个镇（街）门诊慢性病管理现状，于 2022 年 6 月在金家河镇率先试点上线门诊“两病”小程序 1.0 版，实现了“两病”门诊用药保障待遇申报认定“掌上办”，同步上线异地就医备案、政策咨询、信息查询等多项功能模块，为群众提供了自主灵活、高效便捷医保网上经办服务。通过总结提炼门诊“两病”微信小程序上线后的经验做法，主动破解运行过程中发现的问题和困难，逐渐形成了“群众点单、平台派单、专家评审、结果直达”的“两病”门诊用药保障待遇“掌上办”服务标准。今年来，进一步扩大“掌上办”病种范围，将 51 种门诊慢特病病种全部纳入“掌上”办理范围，实现了提质扩面。

（三）完善工作机制，强化服务管理。一是精简办事流程。按照“四最”和“六统一”要求，进一步精简“两病”门诊用药保障待遇和慢特病申报流程及材料，制成医保事项服务清单，让群众一目了然。二是统一服务标准。制定门诊慢性病“掌上办”工作《管理规范》，明确了“掌上办”的范围、流程、责任、结果确认、数据安全、档案管理等。三是规范评审管理制度。聘请 25 名医学专家组建门诊慢特病鉴定专家库，平台随机派单，专家按照门诊慢特病病种待遇认定标准严格审核，科学评审，确保认定结果公平公正。

（四）加强推广应用，助力政策落实。一是召开慢特病小程序培训会，制定使用手册，组织全县医保经办人员和定点医疗机构医保工作人员模拟实操。二是精心制作门诊慢性病“掌上办”小视频，依托互联网传播速度快、覆盖范围广的优势，充分利用略阳医保微信公众号、

微信群、QQ群等新媒体平台，多渠道、全覆盖宣传推广。三是组建5个慢性病小程序推广工作组，分片区深入镇（街）、村组及社区培训指导，提高群众知晓率和应用率。同时，到西安、汉中、勉县等退休职工异地集中安置社区、定点医院进行宣传推介，切实解决外出人员办理慢性病的实际困难。

三、成效

（一）操作简单，群众认可度高。智慧医保平台采用阿里云（政务云）安全应用防火墙及数据库，所有用户均实名注册，实行刷脸认证，数据安全达标。平台基于微信推广应用，无需在手机上另外安装APP，群众容易接受，且操作方便简单，群众认可度高。

（二）办理贴心，群众体验感好。一是“自由办”打通堵点。群众无论在本地或外地，无论工作日或休息日，只要打开“略阳智慧医保”小程序，通过实名认证后，点击“两病”、慢特病办理申请，按步骤完善信息、上传相关资料就可以完成所有申请程序，业务经办机构审核通过后，就可以享受门诊用药待遇。二是“帮代办”疏通难点。小程序还提供了“帮他人申请”功能，针对操作不便患者，可以由亲戚、朋友、村医、干部等人员进行代为办理，同时，医保局定期通过医保平台大数据分析，将筛查出的目前有住院经历，符合慢性病申报范围但未申报的疑似患者，依托镇村医保服务站（室）上门宣传，代为办理，满足了群众的多样化需求。三是及时办便民暖心。对在县域内定点二级医院就诊的符合认定标准的患者，由医院直接办理认定录入系统，实现了“无等待、零跑腿”办理，让参保群众慢性病办理省心、暖心。

（三）“三减一降”，群众满意度高。一是全程网办减跑动。申请人通过手机微信小程序提交门诊慢性病申报认定资料，全程无需群众或医保经办人员“跑”流程。二是优化程序减环节。申请资料由系统平台直接推送专家鉴定，形成鉴定结果后推送至县医保经办中心审核备案，申请人通过手机下载鉴定表即可享受待遇，减少卫生院受理、初审、转办等多个环节。三是短信提示减时限。平台受理群众申请后，每个办理环节都通过短信提示相关人员立即处理。同时，审批结果也

以短信方式反馈申请人，实现办理流程由 20 个工作日压缩至 1 个工作日。四是数字认证降成本。对经办人员和鉴定专家分级赋码授权，鉴定结果和复审结论采用电子签章，留存电子档案，有效帮助群众降低办理成本。

2022 年 6 月门诊“两病”小程序上线运行以来，线上办理认定累计 1435 件。2023 年 8 月上线门诊慢特病小程序后，仅 2 个月已受理 286 件，其中：经专家鉴定符合认定标准 171 件，不符合标准驳回 101 件，办件量同比增加 300%以上，所有办件均在 1 个工作日内办结，切实将医保惠民政策送入寻常百姓手中。

四、启示

“略阳智慧医保”门诊“两病”和慢特病小程序，实现了病种申请、专家鉴定、复审认定、结果送达全流程“指尖”一键办结，让“数据跑路”代替了“群众跑腿”，操作简单，方便快捷，群众认可度，有效提升了群众受益面，在此基础上，把参保群众办事频次高、关注多、受众广的服务事项搭载在小程序上，实现与医保系统数据线上对接，能进一步提升医保经办服务事项质效，形成可复制可推广的医保经办服务经验。

“信用就医”来帮忙 参保群众便利多

云南省昆明市医疗保障局

“信用就医”是昆明市“城市智慧大脑”的重要组成部分，通过再造诊疗环节及付费流程，主要解决长期困扰就诊群众门诊候诊时间长、缴费耗时长、取药排队长、就诊时间短的“三长一短”痛点问题，逐步开展免押金住院，实现“先看病后付费”便民目标。作为昆明市加强社会信用体系建设，推进社会治理的重要改革创新举措，2022年，“信用就医”被列为昆明市10件惠民实事之一及市政协重点提案。在各级部门的关心和帮助下，这项工作得以有力有序推进并取得显著成效。截至目前，全市共有50家定点医疗机构正式上线“信用就医”功能，超过11.5万昆明参保人激活“信用就医”功能。“信用就医”项目成功上线，再造了诊疗业务环节及医疗付费流程，并将应用场景延伸到最基层的医疗机构和参保群众，在昆明市实现“先看病后付费”目标，取得了便民惠民实效，被昆明市人大评为“2022年度优秀惠民实事”，被昆明市政协评为“办得好”重点提案。

一、创新变革“无感化支付”，提高群众就医便捷度

通过“信用产品+医保”新型支付模式，运用信息化手段，优化诊疗业务环节及医疗付费流程，实现诊疗付费全流程线上操作。参保人主动提交签约后，即可获取交通银行发放的8000—20000元不等的“信用就医”授信额度，整个就医过程中产生的医疗费用，医院信息系统自动发起基于信用的无感支付服务，涉及医保支付部分按原支付渠道完成，个人支付部分从授信额度中进行扣款。全诊疗过程无需额外进行任何付费动作，实现就医过程“无感”支付，解决群众在医院特别是大型医院看病重复排队、反复缴费的问题。同时，专属普惠性金融产品聚焦居民参保人个人账户无额度的难点，尤其是参保人自费支付压力较大时，可解决临时小额医疗资金可负担性的问题。

二、医保、医疗同频共振，提升医疗机构运转效率

由银行为参保人先行垫付门诊医疗费用，有利于降低医院被欠费风险。“信用就医”新型金融产品介入，厘清了法律关系，有效防止医疗机构产生呆坏账，参保患者无需垫付医疗费用。使用信用就医，医院和医生在为患者看病治疗过程中，无需再为患者是否能缴费而担心，可全心全意为患者看病治疗，确保参保患者不因没钱不敢去医院治疗，确保医院和医生不因费用问题拒绝为参保患者看病。同时，“信用就医”在不增加医院、医务人员工作负担的情况下，有助于医务工作者简化系统操作步骤、减少工作量，提高医院就诊流转效率、降低运行成本。在“信用就医”模式下，医保、医疗借助信用的力量对诊疗服务流程进行优化及再造，使得诊疗流程更集约、更智能和更高效，减轻了患者在精神和经济方面的双重压力，部分缓解了看病难、看病贵问题，彰显了医保、医疗服务的人性化。

三、构建“信用+医疗”，营造有序信用就医环境

“信用就医”是昆明市加强社会信用体系建设，推进社会治理的重要改革创新举措。通过“信用就医”创新“信用”应用场景，进一步拓展个人征信建设的范围和内容，信用值“变现”尽享“医保+信用红利”，有利于约束引导群众增强诚信意识，营造诚实守信、履约践诺的良好社会风尚，为社会信用体系建设提供有力支撑。

四、深度集成“一站式”服务，助推政府社会治理智能化

一是昆明市医保“信用就医”便民服务平台属全省首创，依托“互联网+移动支付”和金融信用消费，通过整合链接患者、医院、医保、银行多个环节，为昆明市参保群众提供就医挂号、检查、检验、取药等多环节的排队缴费等一站式服务，“信用就医”仅需动动手指，线上自动扣款代替线下排队缴费，让参保群众免于在不同诊室或服务窗口之间来回跑、排队缴费，可节约时间60%以上，真正实现“数据多跑路，群众少跑腿”。

二是昆明市“信用就医”项目在医保大数据的支持下，金融机构通过搭建“信用就医”平台，对各医院信息系统做轻量级微调，对接信用支付新端口，实现从线上到线下的闭环。充分发挥“信用就医”订制化、

普惠化、轻便化的优势，基于政务平台，向参保群众提供最优解决方案，进一步提升数字信用全渠道、全场景、全人群覆盖民生诉求能力。同时，通过对金融产品的优化，“信用就医”跳开传统金融机构绑卡操作，简化流程，提高效率，有效支撑高水平的普惠服务，提供了通用金融服务和医疗场景的生活场景化信用服务，拓展了便民业务渠道，实现全体市民就医的体验。

三是“信用就医”是地方党委政府在新形势下服务管理智能化、优化民生服务的改革创新，特别是应用场景延伸到最基层的医疗机构和参保群众，是贯彻落实中共中央、国务院《关于做好2023年全面推进乡村振兴重点工作的意见》（中发〔2023〕1号）精神，将医保公共服务资源下沉的积极举措，对加强乡村两级医疗保障服务能力建设具有重要意义。“信用就医”作为昆明市委、市政府建设城市智慧大脑的重要组成部分，是打造便民高效政务服务体系的重点民生工程。探索移动支付覆盖就医全流程，是贯彻落实《国家医疗保障局关于优化医保领域便民服务的意见》（医保发〔2021〕39号），加快完善“互联网+医保”服务要求的具体举措，对聚焦解决群众就医痛点问题，打造便民利民优质服务样板具有示范意义。

“细微之处见风范，毫厘之优定乾坤”。昆明市医保将全力推深做实“信用就医”扩面延伸提质增效，调动一切积极因素，挖掘一切资源潜力，采取一切有效措施，从细节入手，紧盯人民群众医保业务办理的便捷性、体验感及满意度，更大范围释放“信用就医”政策红利，扩大“两个确保”的兜底效果，确保参保患者不因没钱不敢去医院治疗，确保医疗机构不因费用问题拒绝为参保患者看病，不断提升医疗保障公共服务水平，为医保经办助力赋能，有效解决人民群众看病难的问题，用“微服务”向千家万户送去“微幸福”。

“自助备案”省心 “四免备案”贴心 “政策保障”放心 ——太原医保多措并举，助力异地就医工作高质量发展

山西省太原市医疗保险管理服务中心

近年来，随着社会经济的发展，人口流动性不断加大，参保人异地就医需求不断增加，但“异地备案流程复杂，异地转诊门槛高、异地报销手续繁琐”一直是困扰广大参保人的民生痛点之一。太原医保聚焦群众“急难愁盼”，不断拓宽思路，先行先试，先后推出“跨省异地就医自动备案”、“省内就医住院、购药免备案”、“大学生全国异地就医免备案”等一系列创新举措，持续推进异地就医直接结算工作，致力打造便捷、智能、高效的异地就医直接结算“太原模式”。

“自动备案”，异地就医结算更省心

为方便太原市参保人异地就医，2022年7月，在科学研判、精心测算的基础上，太原市在全省首批上线跨省异地就医“自助备案”模式。异地就医备案实行“承诺制”，免证明材料、免经办审核、即时申请、即时生效，极大的方便了参保人异地就医直接结算。“自助备案”模式上线一年多来，共有3.51万余人次成功办理异地就医备案，2.43万余人次实现异地直接结算，统筹基金支付2.53亿元。大大减轻了参保人异地就医垫付资金的压力和报销来回奔波的劳顿。

2023年7月，为进一步方便参保人异地就医，太原市拓宽思路，先行先试，在山西省内首家推出异地就医“自动备案”服务。只要缴费状态正常的太原市医保参保人，在临时外出就医时，即使未办理异地就医备案，出院时也可视同已备案，系统自动按照跨省异地“非急未转住院”支付政策直接结算。截至9月底，异地就医“自动备案”功能上线3个月，已有662人次享受“自动备案”直接结算，统筹基金支付637.91万元。

从自助备案到自动备案，看似简单的一字之差，其中包含的是太原医保“为民、便民、利民”的服务宗旨和服务理念，更是对政策知晓

度不高和智能终端操作不便人群的特殊关怀，真正体现了医保政策全覆盖，一个都不能少。

“四免备案”，异地就医服务更贴心

太原医保致力于为参保人打造最便捷的异地就医直接结算服务，不断优化办事流程，简化办事手续。近年来，陆续推出了“省内异地住院、购药免备案”、“个人账户结算全国免备案”、“省内门诊慢特病就医免备案”、“大学生全国异地就医免备案”等一系列免备案直接结算政策，极大的满足了异地长期居住和临时外出人员的就医、购药需求，为参保人异地就医提供更贴心的服务。

一、省内异地住院、购药免备案。2021年8月，太原市推出省内异地就医免备案直接结算政策，太原市参保人在省内11地市任一定点医药机构就医购药，无需备案可直接按医保结算，并享受太原市同等报销待遇。运行两年多来，已有429万余人次在省内其他地市就医、购药免备案直接结算，统筹基金支付1.13亿元，个人账户支付4.89亿元。太原市的成功做法被省医保局在省内大力推广，2023年7月起，省内“中部城市群”医保一体化政策正式上线，太原、忻州、晋中、吕梁、阳泉中部5城市全部实现省内异地就医免备案直接结算。

二、个人账户结算全国免备案。2022年3月，在省医保中心统一部署下，太原市正式上线全国范围内使用个人账户结算免备案，参保人在全国任一地区的定点医药机构可直接使用医保个人账户就医购药，这一举措不但减轻了参保人自费就医、购药经济压力，同时也盘活了医保个人账户滚存资金。

三、省内门诊慢特病就医免备案。2022年4月，随着全省门诊慢特病病种和编码的统一，省内异地就医免备案又被赋予了新的内涵，凡取得太原市医保门诊慢特病待遇资格的参保人，在省内可享受门诊慢特病免备案直接结算。截至2023年9月，已有27个门诊慢特病病种，近6000人次享受省内门诊慢特病免备案直接结算待遇，统筹基金支付301.21万元。

四、大学生全国异地就医免备案。大学生是一个相对特殊的参保

群体，开学时集中在参保地，假期和实习期又分布在全国各地。为方便这一特殊群体的异地就医需求，2023年7月，太原医保推出“大学生全国异地就医免备案”政策，参加太原市城乡居民医保的大学生，在全国任一统筹区定点医药机构发生的医疗费用，都支持免备案直接结算，并享受太原市同等报销待遇。仅今年暑假期间，就有1123人次享受到这一政策带来的便利，统筹基金支付57.82万元。

“政策保障”，异地就医待遇更放心

大力提升参保人异地就医便捷度的同时，太原医保在确保基金总体安全的前提下，多次优化调整异地就医待遇政策，不断提高异地就医待遇保障水平。构建了“长期备案双向享受同等待遇”、“急诊就医视同备案”、“提高异地就医兜底保障”“异地就医可补办备案”等全方位政策保障体系，让参保人异地就医更放心。

一、长期备案人员双向享受同等待遇。办理了异地长期备案的参保人在备案地就医时可直接结算，享受参保地同等报销待遇；在备案有效期内回参保地也可正常享受医保待遇，不降低报销比例。参保人可根据自身实际情况随时取消或变更备案地。

二、急诊住院视同备案。为方便参保人临时外出时，在异地突发急诊就医结算，2023年1月，太原医保推出急诊住院视同备案政策，在异地突发危、急、重症住院的参保人无需办理备案，只需就医地医院按照急诊办理住院，可按照太原市急诊报销政策直接结算。目前，已有312人次享受急诊住院视同备案直接结算待遇，统筹基金支付490.77万元，这一政策的落地为临时外出人员突发疾病就医提供了强有力的保障。

三、提高异地就医兜底保障。自2019年12月“非急未转住院”报销政策出台以来，“非急未转住院”报销作为异地就医结算兜底保障，深得参保人好评。太原医保在充分考虑基金安全的前提下，不断优化异地就医待遇政策，提高异地就医结算报销比例。从2022年7月起，太原市两次提高“非急未转住院”报销比例，由原来的职工医保报销50%，居民医保报销35%，提高到现在的在职职工报销72%，退休职

工报销 81%，居民医保报销 50%，大大减轻了参保人异地就医经济负担。

四、异地就医可补办备案。为保障参保人异地就医享受待遇最大化，太原医保积极落实国家医保局相关政策，支持异地就医补办备案，对于符合异地备案条件的参保人，可在异地就医出院结算前补办备案，享受异地直接结算；对于已自费结算的异地就医患者，可线下补办备案并按备案类型手工报销相应待遇。

一系列便民政策的落地，有效疏通了异地就医直接结算中的“堵点”和“难点”，让异地就医更便捷；全方位政策保障，让参保人异地就医满意度和获得感不断攀升。下一步，太原医保将继续以精细化管理为主线，提升管理服务质效，扎实推进异地就医直接结算工作高质量发展，全力打造“流程优、服务好、效率高”的行业服务标杆。

推动京津冀医保协同发展

三地跨省异地就医备案“免申即享”

河北省医疗保障局参保登记和异地就医中心

为深入贯彻落实京津冀协同发展重大国家战略部署，河北省医疗保障局主动担当作为，以“合民情、顺民意、暖民心”为宗旨，在对接京津、服务京津中加快发展自己，结合开展学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想主题教育，持续优化京津冀异地就医备案服务流程，实现了三地跨省异地就医备案“免申即享”。

一、创新谋划，打破思维桎梏

（一）改革创新，推行跨省异地就医网上自主备案。2019年以前，我省参保群众办理异地就医备案手续比较繁琐，不仅要提供转诊转院、工作和居住证明等材料，而且只能在工作日到医保经办机构办理。2019年9月，河北省取消一切不必要的证明材料，自主开发“河北省异地就医备案平台”，实现全省所有参保群众仅凭社保卡、身份证号，均可通过省医保局微信公众号进行全年365天、全天24小时的异地就医网上即时备案。实现异地住院网上备案以来，整体运行平稳顺畅：一是从跨省异地就医人员数量和基金支出看，实行网上备案后，住院人次和基金支出呈逐年增长趋势（2020年疫情除外），总体比较平稳；二是从基金支出和结余情况看，虽然跨省异地就医基金支出逐年增加，但基金累计结余也在逐年增长，基金运行可持续。

（二）待遇保障，京津冀三地定点医疗机构互认范围不断扩大。为使河北省参保群众无障碍享受到京津优质医疗资源和更高水平的医疗服务，实现与河北省同级别医院住院医保报销同标准、同待遇，自2019年6月京津冀三地政府签署医疗保障协同发展合作协议，首批将京津各15家医院纳入我省医保定点后，后续逐年扩大范围。自2022年10月1日起，京津冀区域内所有三级和二级定点医疗机构纳入互认范围，医疗机构数量达到一千余家。

（三）解放思想，提出京津冀区域内跨省异地就医备案“免申即享”目标。基于网上自主备案和京津冀三地定点医疗机构互认范围不断扩大的有序开展，以及三地人口流动性不断增强，为推动京津冀协同发展重大国家战略部署在医保领域的贯彻落实，河北省医保局主动与北京、天津医保局对接，进一步解放思想，提出在京津冀区域内跨省异地就医备案“免申即享”目标，切实减轻参保群众异地就医跑腿负担。

二、扎实推进，政策落实落细

在推动京津冀医保协同发展，方便参保群众看病就医的工作方面，河北省医疗保障局积极推动优化京津冀三地异地就医直接结算服务。

（一）主动对接国家医疗保障局，及时汇报我省推进京津冀“免申即享”工作思路。今年2月初，河北省医疗保障局分管领导带队前往国家医保局，汇报有关我省赴京津就医的备案政策调整情况，将工作目标、进展和推进过程中遇到的问题做了详细报告，认真落实国家医保局中心主要负责同志的指导意见，并积极与北京、天津医保局沟通，共同研讨推进三地跨省异地就医备案政策优化的可行性。

（二）开展异地就医业务测试，为京津冀开通“免申即享”打牢基础。为确保京津冀异地就医备案“免申即享”运行平稳，河北省医疗保障局组织省内各统筹区赴北京、天津开展跨省异地就医直接结算业务实测，选取就医需求大的定点医疗机构，在真实业务环境下，持真实社保卡或医保电子凭证开展门（急）诊费用、住院费用和门诊慢特病费用跨省直接结算业务实测工作，及时解决测试中遇到的问题，为异地就医工作打牢基础。

（三）实现京津冀跨省异地就医“免申即享”，三地参保人就医更便捷。根据《关于取消我省参保群众到京津跨省异地就医备案手续有关事宜的通知》，自2023年2月10日起，河北省参保人员到京津异地就医视同备案，在已开通跨省异地就医服务定点医药机构看病就医直接结算。在此基础上，与北京、天津市医保局共同推动京津冀区域内异地就医备案视同备案，自4月1日起，京津冀各统筹区参保人员

在区域内所有定点医药机构住院、门诊就医购药，均“免申即享”。

（四）为京津参保人做好保障，重点开通参保人需求高的定点医疗机构。一是为方便北京参保人来我省就医，指导环京 14 县区医保部门，为尚未实现跨省异地就医直接结算的定点医院和康养机构内设养老机构开通服务，截至 2 月底，环京 14 个县区 392 家定点医疗机构已全部开通跨省异地就医直接结算服务。二是为方便天津参保人来我省就医，将邯郸涉县定点医疗机构作为首批开通五个门诊慢特病跨省异地就医直接结算试点，为天津铁厂的数万名职工解决就医的“跑腿”“垫资”问题。

（五）加大异地就医政策宣传，提高医保改革惠民政策知晓度。今年 6 月份，河北省医疗保障局积极开展以“做好跨省就医结算服务让群众在异乡更有‘医靠’”为主题的政策集中宣传月活动，采取线上线下相结合的方式，全方位、多渠道、多形式、宽领域宣传解读有关政策。宣传月期间，全省各统筹区共建立长期宣传服务点 11280 个，进定点医疗机构 1953 次、进药店 5627 次、进社区 928 次、进乡村 4978 次、进单位 760 次，新媒体视频宣传 1284 次，印发宣传资料 46.6 万份，宣传大约覆盖上千万人。

三、惠民利民，工作成效显著

京津冀三地跨省异地就医备案“免申即享”政策有利于破解异地就医不便等堵点、难点问题，为三地参保人员在区域内就医购药提供了更加方便、快捷的服务，让京津冀参保人员共享医保改革惠民成果。

（一）选择异地就医参保人多为理性就医。我省参保人赴京津就医免备案政策实施以来，异地就医便利化程度大大提高，通过分析发现，群众异地就医相对比较理性，绝大多数是因患疑难危重疾病，才到京津医疗技术水平较高的医院就医。在与患者或家属的沟通交流中，多数人表示，能在本地就近看的病，一般也不会选择外地就医，因为既会增加交通、住宿等生活费用支出，也会给陪护带来不便。

（二）间接促进我省医疗技术和服务水平提升。京津有着优质的医疗资源，河北毗邻京津，异地就医更加便利，特别是我省赴京津就

医免备案政策实施以来，我省参保人到京津就医人次随之提升，导致我省医疗机构危机感逐步增加，主动提升医疗技术水平和服务水平，降低医疗费用的意识进一步增强，有利于增强竞争力。

（三）参保群众省时、省力、少跑腿。网上备案“免申即享”实施前，我省参保人赴京津住院异地就医需要提前备案，京津来河北也需要备案，政策实施后，京津冀参保人在三地区域内就医不再需要进行异地就医备案手续，能够更加方便、快捷地享受到医疗服务，充分体现了“数据多跑路，群众少跑腿”，提高了京津冀参保人异地就医获得感和满意度。

（四）京津冀异地就医免备案的社会效应凸显。今年，中央电视台、人民日报、河北电视台等多家媒体对京津冀异地就医实现免备案政策进行广泛报道，人民论坛网评以“增进民生福祉守好民心”为题报道了我省做法，广大参保群众也对这一政策纷纷点赞，获得一致好评。

医保连着千家万户，新时代医保工作赋予经办人员光荣重大的责任使命，河北省医疗保障局深入开展学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想主题教育，准确把握群众对医保的期望正从“有没有”变为“好不好”的客观现实，坚定信心，扎实工作，改革创新，服务大局，久久为功地精准补齐约束医保惠民效果的各项短板和弱项，让群众更多更公平更可持续地享受医保发展成果，以实际行动书写好中国式现代化建设河北医保篇章！

“秒送”政策到基层 “一键”服务惠万家

安徽省亳州市利辛县医疗保障综合服务管理中心

主题教育活动开展以来，利辛县医保中心牢牢把握“学思想、强党性、重实践、建新功”总体要求，强化调查研究、推进成果转化，立足于破解医保政策传递慢、迟、繁等问题，组建政策解读专班、搭建短信“秒送”平台、创新“医保+网格员”服务网络，把“专业化”医保政策进行“通俗化”“土语化”转换，实现服务体系“医”网覆盖，政策宣传“一键”直达，参保群众一听就懂。通过“数字化”宣传、“贴身式”帮代办，群众自主参保、一定就医备案意识明显增强，全县启动 2 个月的时间城乡居民参保率就达到了 60%，异地就医直接结算率也由年初的 41%提升至 75%。

一、思路目标

为深入学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，让党的惠民政策“飞入寻常百姓家”，让医保政策宣传更快、更准，让群众真切体会到党和政府殷切关怀以及政策带来的实效，让群众更有“医靠”。利辛县依托“医保+网格员”队伍，把医保政策专业术语转换成“百姓语言”，“秒送”政策到基层，真正让群众知道医保政策是什么、为什么、怎么办，让群众在家门口就能享受“零距离”“一站式”医保服务。

二、主要做法

（一）突出“近”字，打造基层服务网格

利辛县聚焦现有“县、乡、村”三级医保服务网络，按照行政区域全覆盖原则，根据现行居民居住现状，坚持“就近办”的原则，整合现有网格架构和资源，在全县划分 5036 个基层网格，从城乡居民身边的党员、退休人员、致富能手、热衷公益事业的青壮年、志愿者、村“两委”中，聘用 5036 名网格员，赋予其基层医保服务职能。构建“网格+”医保服务新格局，实现“县有大厅、乡有窗口、村有柜台、组有网格员”的四级基层医保经办管理服务网络全覆盖，让医保服务走入

百姓“家门口”，真正实现了医保政策“医网达尽”。

（二）聚焦“准”字，组建政策解读团队

在全县医保系统内优选出熟悉医疗保障政策的专业人员，组成政策解读专班，根据城乡居民的需求和“做医保问题清醒人”调研工作中收集的有关医保的社情民意，对综合性和专业性较强的政策进行“碎片化”处理，用最接地气的“明白话”，解读医保政策并定期更新，确保老百姓听得懂、能领会、容易记、可实现。

（三）紧盯“快”字，畅通政策传递渠道

协同通信部门创建医保政策短信推送平台，将 5036 名基层医保网格员手机号码导入平台系统，县医保中心“一键”快速推送医保政策，直达基层医保网格员手机。基层医保网格员通过微信群或手机短信“一键”把医保政策直达群众手中，同时对城乡居民的个性化需求通过该渠道“反馈”，实现快捷了解医保社情民意、快速解答和贴心服务。

（四）狠抓“优”字，提升医保服务满意度

基层医保网格员以家庭或家族为单位，收集辖区内居民手机号码或添加微信好友，开展“一对一”医保政策宣传和业务帮代办，为网格内城乡居民提供“点对点”全程服务。同时定期开展上门走访，做好政策宣传和医保服务工作，及时收集民情民意，全面掌握群众反映的问题和建议，经分析整理后，由县医保中心统一处理答复。不仅实现了快速回复，而且实现了由解决一个人的问题转变到解决一群人的问题，从而提升了群众对医保工作的满意度。

三、取得成效

（一）服务网格更“近”

全县已划分成 5036 个医保服务网格，全面建成了“网格+”医保服务新格局，实现了“县有大厅、乡有窗口、村有柜台、组有网格员”的四级基层医保经办管理服务网络全覆盖，医保服务网络便民高效、“医网达尽”。

（二）政策解读更“准”

建成 5 人组政策解读专班，目前已编制居民参保缴费、异地就医

备案等政策目录 25 批次，涵盖居民医保费用为什么涨、为什么要参保、怎么办理参保缴费、什么是异地就医备案等 105 项内容，实现政策解读“乡土味”“大白话”“精准化”，不断提升政策宣传效率和效果。

（三）传递速度更“快”

已建立医保网格员信息交流群 23 个、各网格服务微信群 5036 个，覆盖全县 50 余万户家庭，实现医保政策宣传“一键直达”。目前，已发送政策解读 25 批次、105 项，据不完全统计，政策宣传信息经网格员、城乡居民转发超 350 万次。

（四）经办服务更“优”

目前，全县 5036 名基层医保网格员全部实现参保缴费、异地就医备案、慢特病网上申报等 13 项经办服务帮办代办。据不完全统计，全县基层网格员日均接受群众政策咨询、动员帮助网上缴费、指导开展医保服务 1.5 万余件，收集社情民意、医保诉求 6 大类 3000 余条。

四、工作启示

（一）提升思想站位，促医保更高质量发展

把握主题教育总要求，全面深入、细致系统学习习近平总书记关于医保工作的指示批示精神，以学促行、以行践学、知行合一、推动发展，找准工作切入点、全面推进“为民办实事”。

（二）强化科技赋能，促经办服务“数字化”升级

当前信息化、数字化发展水平不断提升，医保政策宣传和服务工作应当紧盯“智能化”“数字化”的目标，持续筑牢线下服务堡垒，拓展线上宣传阵地，依托好短信、微信两种便捷渠道，既跑出政策宣传“加速度”，又跑出群众满分“满意度”。

（三）发挥人才优势，促解读语言“土语化”降维

抓实人才工作，注重发挥县级医保经办人才“专业化”及基层网格员从群众中来、到群众中去的“中间人”优势，关注基层群众真正想要了解什么、需要什么，做好政策解读工作，对“专业化”“书面化”医保政策进行“碎片化”“土语化”处理，确保群众一听就懂、一看就会，实现与老百姓的同频共振。

湖南省娄底市织密医保基金“智能审核网”

湖南省娄底市医疗保障事务中心

一、思路目标

面对全市 45 亿元医保基金支出规模，全市 100 余名审核人员每年要审核近 200 万人次的住院及门诊结算，人工审核不济，抽取审核不全；100 余名专兼职监管人员要监管市内近 400 多家定点医疗机构（不含村卫生室）及 1100 多家定点药店，飞检和专项检查难以全面覆盖，传统的监控手段已难以适应新形势的挑战。为此，我市着眼于提升医保基金监管能力，依托省医保信息平台，强化监管“两库”建设，深化科学分析，全面打造智能审核的安全网。

二、主要做法

（一）全方位规范。一是健全制度强体系。下发《关于进一步做好医保基金智能审核和监控知识库、规则库运用的通知》《关于明确娄底市智能审核门诊慢特病相关事宜的通知》等文件，明确智能审核和监控要求。建立以国家监管“两库”为基础的本地化知识库和规则库，启用 35 条大类监控规则，划出“红线”、“底线”。二是完善“两库”强架构。定期动态更新规则库，2022 年，提炼 2 批次规则充实本地规则库。2023 年，将二批《湖南省医保定点医疗机构违规收费问题清单》纳入本地规则库试点运行。三是统一流程强规范。实现市、县两级医保中心智能监控系统、数据、规则、流程“四统一”，建立了审核、反馈、拒付等工作机制，确保监管流程标准化、规范化、一体化操作。四是突出关键“月通报”。突出问题导向，建立智能审核结果月通报制度，提升智能审核与监控的震慑力，促进定点医药机构行业自律，及时整改违规行为。

（二）全范围审核。一是审核监控全覆盖。娄底市 5 个区县 1386 家定点医药机构均纳入智能审核与监控范围，做到医疗保险险种、医保支付方式、医疗费用类别全覆盖。二是人工复核求精准。坚持智能

审核与人工复核结合，对系统规则未提示的疑点数据及时人工预警，并作为疑点线索移交核查等部门。在审核流程上设置了初审、复审、终审、集中审核四个不相容审核环节，相互监督，确保公正公平。2022年，发现6名医生涉嫌篡改21位病人病历资料，已移送纪检监察机关处理。三是充分反馈化矛盾。遵循“事前征求意见、事中充分反馈、事后谨慎决策”的原则，实行“线上+线下”精准沟通模式，在初审、复审阶段，设定两重反馈环节，充分接受医药机构反馈意见，并对临床争议较大的规则进行集体复核，谨慎出具费用审核意见，保证智能审核的严谨性、合理性。2023年上半年，系统初筛发现医保结算违规单据32.51万条，终审确定违规单据9.01万条，拒付医保基金578.35万元。

（三）全流程监控。一是审核结算一体化。坚持审核监控与结算环节闭环管理，通过系统预设规则，对系统结算数据进行审核，并形成违规数据直接下发至定点医药机构，经审核确认需拒付的违规数据经由系统确定并结算，让所有数据“有迹可循、有据可查”，实现了审核过程的高效闭环管理，减少人工干预。二是事前事后全监管。强化事前提醒机制，鼓励定点医药机构积极探索，装好事前“警报器”。部分定点医药机构已完善限制范围用药、超量开药、过度检查等事前提醒，引导医务人员自觉遵守临床诊疗规范和医保管理政策，依法合规、合理规范开展医疗服务，实现了监管关口前移。三是强化分析研趋势。定期动态分析智能审核运行情况，对审核违规费用总体情况、违规费用结构、违规费用主体、分类规则拒付趋势图等维度分析研判，为开展针对性监管和规则动态更新提供数据支撑。

三、初步成效

自2022年以来，我市发现违规单据14.16万条，并成功拒付和追回了1500余万元医保基金，展现了智能审核监控的卓越优势。

（一）审核违规费用下降幅度较大。通过对医药机构今年1-9月医疗费用的智能审核与人工复核，确认违规费用较去年同期对比大幅度下降了38.05%。

（二）违规费用和明显违规行为骤降。“超医保支付范围用药”成为拒付费用主体，“重复收费”等明显违规费用则呈骤降趋势。

（三）违规医生和临床科室数量占比越来越低。经统计分析，违规费用对应的医生数量和临床科室也在逐月下降。大部分违规费用发生在少数医生与临床病室。今年9月，审核发现542位医生发生违规费用，占被审核医生总数22%。其中违规费用前10名临床医生的违规费用占比达35.5%，且集中在4个临床科室。

四、启示

在开展智能审核工作中，我们特别注重了五方面的把握。

（一）以变应变，维护权威性。医疗机构在提供医疗服务的同时，也在逐步学习与适应医保相关规则。我们需要动态调整，优化系统智能审核规则。一是将较成熟的规则新增上线。二是将相关规则制度及监管审核结果进行提炼，及时调整，实现规则动态迭代更新，做到审核更全面、及时、精准。三是将无效和低效规则及时下线。

（二）人工防漏，应对特殊性。一方面把好申诉关，确保不漏审、不错审。另一方面，根据医院申诉材料、抽查原始病历，紧盯“两个一致”，严防“两假”，实现人工复审与智能初审优势互补。一是审核申诉材料与原始病历资料是否一致，防范申诉材料作假。二是审核诊断记录与相关检查化验结果是否一致，防范病历虚假诊断记录。

（三）以审促改，突出目的性。智能审核和拒付违规费用只是手段，目的是规范医疗行为，实现临床“三个合理”，更好地服务患者，提高医保基金使用效率。因此，我们在审核工作中，对发现的违规行为、违规费用，不能一罚了之，还应落实后续措施，督促责任医院力行整改，发现一项，整改一项，清零一项，逐步实现医疗行为全规范。

（四）对口指导，保持一致性。加强对市内各县（市、区）智能审核工作的指导，在规则、标准、执行等各方面保持全市一致，实现全市范围内的统一和规范。

（五）相向发力，增进协同性。一方面，经办机构严格执行内控制度要求，完善智能审核各环节的监督机制。另一方面，通过发现问

题，促成医院加强医务人员的学习与教育，持续提升医务人员对医保政策法规的理解与把握，增强医保政策法律意识。逐步增强医生合理诊疗、合理用药的自觉。实现医保、医疗向着服务患者的共同目标协同努力。

湖北省武汉市以 DRG 为抓手 推进精神疾病床日付费改革

湖北省武汉市医疗保险中心

当前，精神卫生问题已严重影响到人们正常的工作和生活，精神疾病住院率高、病程长、费用大和致残率高，在中国疾病负担的排名中已超过心脑血管、呼吸系统及恶性肿瘤等疾患而位居首位，给患者、家庭及社会带来沉重负担及危害，也是影响社会和谐稳定的重要因素之一，精神疾病医保支付一直是群众和各级政府关注的重点和难点。

武汉市医疗保险中心始终坚持民生为先、解民忧、纾民困、暖民心，紧紧抓住 DRG 付费国家试点契机，以 DRG 付费改革为抓手，通过广泛摸底调查、组织专家论证和科学测算，探索实施 DRG 下精神疾病按床日分级分类付费改革，取得了初步成效。

一、基本情况

武汉市现有“重症精神病”参保患者 2 万余人，提供专门医疗服务的各类精神专科定点医疗机构 59 家，有效保障参保患者的就医需求。我市从 2007 年开始实行精神专科住院按床日结算，但由于不同精神类疾病的严重程度、病程长短及消耗医疗资源差异较大，且我市床日结算标准执行以来一直未做调整，与临床实际差异越来越大，一定程度上影响了医疗机构收治精神疾病患者的积极性。

为推进多元复合型医保支付方式改革，探索建立符合精神类疾病特点的支付方式，提高精神疾病参保患者的医疗保障水平，自 2022 年起，我市借助 DRG 付费改革的契机，在全市所有收治精神类疾病的定点医院开展 DRG 付费下的精神疾病按床日分级分类分段支付试点工作，取得了阶段性显著成效，初步实现了“医、保、患”三方共赢的格局。

二、主要做法

（一）深入调研，开展数据测算。成立由市医保中心、部分定点医疗机构、高校、专业学会组成的工作专班，做好组织保障。由专班

统筹协调，深入精神专科定点医疗机构实地调研，充分听取医疗机构合理诉求。对全市收治精神内科疾病的病种结构、住院人次、床日、总费用、费用构成进行多轮数据分析，并结合医保结算系统近两年精神专科费用结算情况，对按 DRG 分组中纳入 MDCT 的内科病例费用进行测算。

（二）充分协商，主动沟通协调。建立医保经办、定点医疗机构、相关领域专家共同参与的沟通协调机制。在 DRG 精神类疾病细分病组、权重论证、床日结算标准及付费方案等方面，与各定点精神专科医疗机构主动沟通、充分会商，认真听取合理的意见和建议，结合医疗机构精神病患者实际住院费用及医保基金情况，经科学分析论证，形成了纳入精神内科疾病住院按床日付费的病种范围及床日付费标准，体现了我市精神类疾病床日付费改革的开放性、透明性、科学性。营造了定点医疗机构主动参与、积极配合，社会大众献计献策、真情拥护的良好氛围。

（三）分级分类，科学制定标准。将 MDCT 中需长期住院的五个病组纳入按床日付费范围，分级分段明确床日支付标准。新的床日付费用于 2022 年年终清算，床日标准折算为权重后，统一纳入按 DRG 付费。一是医院分级。根据我市精神专科定点医疗级别及收治病人严重程度，按三甲、三乙、二级、其它（包括一级、社区及未评级）四个级别分别制定床日标准，将我市具有收治条件的医疗机构全部纳入床日费用改革，确保全覆盖。二是费用分类。根据精神病急性和慢性期治疗费用差异较大，住院持续时间对医疗资源的消耗不同，为精准施行，综合考虑住院时间和住院次数，将医疗费用予以分类：年度内住院次数少于 3 次，单次住院时间小于 30 天，且邻近两次住院间隔超过 30 天，列为第一类；年度内住院次数少于 3 次，单次住院时间大于 30 天小于 56 天，且邻近两次住院间隔超过 30 天，列为第二类；其余情况列为第三类。三是结算分段。按费用类别，对三甲、三乙、二级、其它四个不同级别，分段确定床日费用结算标准，每床日费用包含患者当日所发生的诊断、治疗、护理、床位、药品、医用耗材等

各项诊断和治疗相关费用：第一类费用床日费用结算标准分别为 804 元/人/日、603 元/人/日、424 元/人/日、162 元/人/日；第二类费用床日费用结算标准分别为 660 元/人/日、368 元/人/日、192 元/人/日、162 元/人/日；第三类费用床日费用结算标准分别为 553 元/人/日、356 元/人/日、186 元/人/日、162 元/人/日。

（四）规范管理，落实床日结算。为避免出现按床日付费可能导致的降低服务质量、降低入院标准及低标高套等问题，加大监管力度，结合智能监控，做到事前、事中、事后全程核查，确保基金运行安全。加强对医疗机构的规范管理，要求医疗机构严格掌握入出院指征，严格执行精神疾病临床路径和医疗技术操作规范，不得随意减少服务项目，严禁挂床住院、随意延长住院天数等行为，确保医疗安全和诊疗质量。并要求定点医疗机构按规定如实上传参保患者医疗费用、结算清单等信息，严禁弄虚作假，对出现漏记、多记、串换等不真实上传行为的，其相关费用医保基金不予支付，并按服务协议相关规定处理。

三、工作成效

精神疾病床日付费改革实施后，医疗机构精神类疾病兑付率逐步提高，其中三级医疗机构医疗总费用兑付率比试点前提高 3.4 个点，二级医疗机构兑付率提高 1.3 个点，基层医疗机构兑付率维持在稳定水平，医保基金支付效率进一步提高，医疗机构医疗服务行为更加规范，参保患者费用负担显著减轻，我市医保管理水平再上新台阶。

（一）参保患者费用负担有效下降。分段支付方式激励医疗机构对新发、初发的精神疾病患者采取更加有效治疗手段，确保患者及时得到规范化治疗，加速疾病转归，实现患者尽快回归社会正常生活的可能性。数据统计显示，与试点前相比，三级医院次均住院床日同比降低 3.17%，次均费用同比降低 1.38%，极大程度的降低了患者医疗费用负担，让患者真正感受到了改革带来的实惠。

（二）医疗机构收治服务明显规范。精神疾病床日标准由改革前的 110 元/日（三级）、90 元/日（二级）和 60 元/日（一级），变成分级分段支付改革，有效强化导向和激励作用，推动医疗机构加强成本

核算和精细化管理，提高疾病诊断能力，不断提升技术水平，主动降低不合理的医疗诊治，引导医疗机构加强对初治患者的诊断和治疗。三级医疗机构倾向于收治急性精神病患者，据统计，第一类和第二类医疗费用主要发生在三级医疗机构，占比达 80%以上。形成了初发、急性期集中在三级医疗机构收治，慢性期分流到二级、一级医疗机构康复的良好分级诊疗格局。

（三）医保基金使用效率显著提升。通过付费改革，医保经办机构对精神内科疾病进行病组管理，有效遏制了不合理诊疗行为，激励医疗机构和医护人员自觉主动地规范医疗服务，控制成本。同时，倒逼医疗机构强化医保监管，围绕可能诱导的过度医疗行为，自觉进行“结构调整”，使医保基金每一分钱都用在刀刃上。

下一步，我市将加强精神疾病床日付费改革的运行分析，做好医疗机构数据收集、分析以及实际支付的动态检测和跟踪监管，定期通报运行情况，适时调整床日付费标准；同时，根据运行实际，进一步科学设置和完善监督考核指标，加强床日费用的系统筛检和病案审核，防范定点医疗机构推诿参保患者、转嫁医疗费用、不合理诊疗和收费等违规行为。不断提升人民群众医保获得感，切实维护社会和谐稳定。

重庆市梁平区“七域”联动共施 戮力推动医保核查高质量发展

重庆市梁平区医疗保障事务中心

为深入贯彻党的二十大关于“促进区域协调发展”重大战略，梁平区医保局积极落实中共中央、国务院印发的《成渝地区双城经济圈建设规划纲要》和川渝两省市联合实施方案要求，牵头组建由川渝七区县组成的明月山绿色发展示范带医保联盟，围绕“信息互动互通”“智力共享共用”和“机制共建共创”，聚焦医保重点领域对症开方、靶向发力，扎实推进医保核查协同化发展，切实维护医保基金安全。

一、紧扣“信息互动互通”，将川东北渝东北的区位优势转化为规模优势，推动实现战略趋同

以推动成渝地区双城经济圈、明月山绿色发展示范带建设为契机，深入实施重庆“一区两群”和四川“一干多支”发展战略，扎实推进制度体系改革，强化工作合力，为实现区域医保协同发展奠定坚实基础。

（一）冲破经验瓶颈，为赋能“淬火”，推动核查方式趋同

积极探索融合发展路径，召开协作共商座谈会6次，7区县执法人员坐下来、静下心，深入分析当前医保核查工作的难点和堵点，扎实解剖典型案例12个，深入探究核查方式、取证方式、处理方式，以他山之玉补短强弱、固本夯基，着力推进示范带医保核查工作趋同化开展。

（二）打破规则壁垒，为实战“铸锋”，推动核查标准趋同

针对川渝两地核查规则客观存在的细微差异，组织两地骨干进行系统梳理，列出“共性清单”和“差异化清单”两张清单，着力补短固底，打破“木桶效应”，形成异地监管“思维导图”，以核查规则共享推动处理标准趋同，切实增强异地核查的说服力和公信力，有效助力医保核查规范化发展。

（三）突破渠道桎梏，为警示“扩容”，推动核查环境趋同

充分运用“渝快政”、“天府通”等省级平台和“梁平发布”、“奋进达川”等地方平台，持续曝光查查处的典型案例 300 余起，教育引导核查人员和医务人员强作风、守法纪、知敬畏。依托工作群、抖音平台、“医保大讲堂”等载体，拓宽警示渠道，发出核查“强音”，切实增强核查震慑效应，有效营造自觉维护基金安全的良好氛围。

二、紧扣“智力共享共用”，将联动共治的协同优势转化为发展优势，推动实现区域融合

牢固树立川渝“一盘棋”思想和一体化发展理念，将智力共享和能力互促作为区域合作的坚实“基底”，着力构筑以明月山绿色发展示范带为轴线的医保核查智慧廊道，引领形成知识规则迭代、技术能力跃迁的高能医保核查智慧团队。

（一）实现专家共享，向权威取经，打造核查协同“智库”

建立由基金监管、费用审核、信息管理、财务统计和医疗专家共 70 人组成的医保核查专家库，实现专家库人员共享，共同开展课题研究、政策咨询论证、数据应用技术服务、协同核查检查等，不定期开展医保核查经验交流，实现核查人员优势互补、能力互促。

（二）实现人员互派，向同行问计，织密核查协同“域网”

按照专业互补、地域搭配的原则，在专家库中抽取年度核查检查人员，按照年度计划进行异地互派，围绕“手段互补”和“联动推进”的工作要求，着力打破区域壁垒，以异地核查提升工作透明度、增强群众认同感、织密协同区域网。截至目前，已互派核查检查人员 140 余人次。

（三）实现问题共研，与难点对话，筑牢核查协同“金盾”

紧盯焦点难点，针对医保核查中遇到的新问题、新挑战，召集专家和骨干进行集中研讨 10 余次。核查人员和医疗专家分别对照法规要求和诊疗规范，围绕基金损失情况、处方开具合规性等方面，加强思想碰撞，化解意见分歧，凝聚核查共识，形成规范处理规则 80 余条。

三、紧扣“机制共建共创”，将七轮驱动的能量优势转化为制胜优

势，着力搭建示范高地

始终坚持以人民为中心的发展思想，践行人民至上的价值理念，突出问题导向、目标导向和效果导向，着力打造区域协同样板，推动医保联盟七区县联合核查制度化、规范化发展，构筑医疗保障核查新高地。

（一）围绕线索互移，以“梳辫子”的方式发现问题，打造区域协同高地

搭建线索互移协查平台，拓宽医保违规线索掌握和查办渠道，由线索受理地牵头，根据案件涉及范围开展联合异地核查，推动实现查处情况联盟共享。建立异地外伤协查结果互认机制，对重大异常疑难情形，视情况召开线上或线下协商会议，实施共同研判、集体献策的协同战术，戮力构建调查成本降低、取证结果互认的良好工作格局。

（二）围绕检查联合，以“剥洋葱”的方式查找问题，打造核查实战高地

搭建联合检查平台，按照“双随机、一公开”原则，抽选被检医疗机构 7 家，抽调业务骨干以及信息、医疗专家 30 余名，围绕挂床住院、串换药品、虚增项目等重点领域，开展医保核查专项检查 1 次。通过检查，发现 7 家医疗机构过度医疗、重复收费、分解收费、串换项目等 10 余类违规行为，涉及违规金额 703.5 万元。

（三）围绕结果互认，以“开处方”的方式解决问题，打造长效运用高地

针对联合核查发现的医疗机构医保违规行为，完善相关资料、锁定违规证据，由辖区医保部门按规定和程序完善后续处理，追回违规费用 703.5 万元，并处违约金 814 万元。加强结果运用，针对联合核查发现的问题，以点带面、举一反三，以智慧协同为辖区“顽疾”把脉问诊，着力实现查处一案、警示一片、治理一域的效果。

辽宁省鞍山市六项机制伴改革 结算清算见成效

辽宁省鞍山市医疗保障事务服务中心

鞍山作为省级 DRG 付费改革试点城市，率先于 2021 年 1 月市本级开启 DRG 付费试点，2022 年 1 月全地区具有住院功能且符合条件的定点医疗机构中实行 DRG 实际付费运行。提前两年完成统筹区、医疗机构、病种、医保基金四个全覆盖任务目标，医疗机构覆盖率达 95% 以上。结算清算工作是 DRG 付费改革重要环节，鞍山地区以建立完善各项工作机制和制度为基础，鞍山年度结算清算工作效率显著提升。

一、主要做法

（一）建立总额预算管理等结算清算相关机制和制度

为 2021—2023 年 DRG 付费管理和结算清算工作，鞍山医保先后制定出台《鞍山市基本医疗保险定点医疗机构住院费用 DRGs 点数法结算暂行办法》《2022 年鞍山市医疗保障按疾病诊断相关分组（CHS-DRG）点数法付费试点实施方案》《鞍山市医疗保障按疾病诊断相关分组（CHS-DRG）点数法付费试点实施细则》三个文件，均明确付费原则按照“总额控制、质量管理”的办法，定点医疗机构住院医疗费结算实行“年初总额预算、按月审核预付、年终考核清算”方式，明确月结算流程、月结算管理、年终清算管理有关内容。为月结算和年清算工作规范标准、路径清晰，制定出台相关配套制度，包括《鞍山市 DRG 付费总额预算管理办法（试行）》《鞍山市 DRG 点数法付费病组权重测算方案》《鞍山市 DRG 点数法付费费率测算方案》《鞍山市 DRG 付费数据监测通报制度》《医保 DRG 分组制度》《医保 DRG 审核制度》等文件。

（二）健全核心要素动态调整机制

在 DRG 付费改革中，鞍山始终坚持围绕临床、尊重临床、服务临床的原则，突出病组、权重和系数三个核心要素，建立完善管理和

动态调整机制。加强病组管理，以国家分组为基础，结合本地实际，维护和调整病种分组，使之更加贴近临床需求，贴近地方实际，更利于开展病种费用结构分析；加强病组权重管理，建立病组权重动态调整机制，结合资源消耗结构、疾病诊疗难易程度、医保政策等对病组权重实行动态调整，不断完善，原则每年调整一次，使之更加体现医务人员劳动价值和技术价值，更加体现公平公正；加强系数管理，有效体现医疗服务技术含量，促进医疗服务下沉，设立基础病例组，促进分级诊疗，选择部分无并发症或合并症、医疗费用相对稳定、不同类别定点医疗机构均可开展的 DRG 病组作为基础病组，各级医疗机构等级系数均为二级医疗机构系数，实行“同城同病同价”结算。

（三）建立和完善审核监管工作机制

建立 DRG 付费事前、事中、事后全流程审核工作机制。制定《鞍山市医保 CHS-DRG 付费审核规则》，包括高编高靠、分解住院、分解费用、诊疗不规范等款项，明确违约类型各项条款。随审核工作不断深入，每年进行修订和完善，2021 年 5 款 12 条，2022 年 7 款 30 条，2023 年 10 款 41 条。将医保结算清单作为结算凭证，设置医保结算清单上传逻辑校验规则 203 条，医疗机构不上传清单不予结算，“两定平台”设置结算清单上传查询功能。重点加强 DRG 付费医保结算审核，对申报数据不实、高靠分组、推诿患者、分解住院、服务不足等情况进行日常审核，采用日常核查和专项核查相结合的方式，对 DRG 审核发现的问题线索，移交核查部门充分运用大数据和信息化手段开展专项核查检查，促进医疗机构强化管理，规范医疗服务行为，维护基金安全。根据《审核规则》内容设置后台机审规则，目前机审规则共计 12 万余条，公开招标引入第三方参与 DRG 病案审核，采用大数据分析和人工分析相结合的审核方式，通过机审 - 人工复核 - 初审 - 医疗机构申诉 - 终审 5 个环节完成审核工作。成立终审小组，成员包括经办机构审核人员、第三方审核人员及医疗机构临床、医保、编码专家，让审核工作公开、公平、公正。设置 DRG 病历审核平台，初审和终审结论在平台发布，医疗机构可查询。

（四）形成多方参与协商谈判和争议处理机制

医疗保障部门建立与定点医疗机构集体协商谈判机制，促进定点医疗机构集体协商。建立 DRG 付费争议处理机制，按照“公平公正、客观合理、多方参与、及时处理”的原则，解决定点医疗机构提出的争议问题，制定《鞍山市 DRG 付费协商谈判制度》和《鞍山市医保 DRG 争议处理机制管理办法》。在 DRG 分组、权重确定及分组调整过程中，组织医疗机构和临床专家对变异系数较大、权重倒置、病例较少的 DRG 病组进行充分协商，对 DRG 病组权重进行谈判，将与临床实际有差异的病组权重在规则范围内进行协商调整。对 DRG 审核有争议的，允许医疗机构申诉，审核小组组织相关人员讨论，给出终审意见，终审审核邀请医疗机构医保管理、临床、编码专家参加，形成多方参与、公开公平公正的医保治理新格局。

（五）建立特例单议和激励约束机制

极值病例管理，2022 年采用高倍率病例（病例实际发生的住院医保费用，超过病例所在 DRG 组本月支付的 2.5 倍）和低倍率病例（病例实际发生的住院医保费用，低于病例所在 DRG 组本月支付的 0.4 倍）支付办法。高倍率病例追加权重进行补偿的办法，高倍率病例预拨付费用按该病例所在正常病例组进行月预结算，医疗机构对高倍率病例进行费用合理性申报，经专家讨论审核后，对合规的医保统筹费用追加付费权重按季度予以结算；低倍率病例按实际发生支付。2023 年建立特例单议机制，制定并出台《鞍山市医疗保障按疾病诊断相关分组（DRG）付费特例单议工作管理暂行办法》，对于确因开展新技术、新项目等原因造成医保基金费用较高病例，医疗机构可在年终清算前向医保经办机构申请补偿，经办机构通过专家组审核后，年终清算时将合规部分追加付费权重，予以补偿。建立激励约束机制，按“合理结余留用、合理超支分担”的原则，对各定点医疗机构的住院统筹总费用进行年终清算。

（六）建立年度绩效考核管理机制

制定《鞍山市基本医疗保险定点医疗机构协议管理考核评价暂行

办法》，定点医疗机构考核评价按照医保控费与医疗质量并重、激励与约束并重，遵循公开、公平、公正、客观的原则，采取线上、线下考核相结合的方式，实现定点医疗机构在履约周期内考核评价全覆盖。依据《办法》相关指标的考核方法和评分标准进行定点医疗机构年度考核，考核采用百分制，考核得分的百分比即为年度考核系数。考核结果应用与年度基金清算、定点医疗机构医保服务协议续签、定点退出等挂钩。

二、工作成效

一是及时完成月结算和年终清算，支持定点医疗机构良性发展。秉持服务和支持定点医疗机构发展的宗旨，严格履行《医保服务协议》和《2022年鞍山市医疗保障按疾病诊断相关分组（CHS-DRG）点数法付费实施方案》中医疗费用结算有关条款，率先于4月末完成所有定点医疗机构2022年度结算清算工作。实施DRG付费改革前后比较，对定点医疗机构偿付率职工医保提高15%，居民医保提高10%。

二是每月进行月审核结算，规范医疗机构诊疗行为。每月进行月审核结算，对医疗机构产生的结算清单填报质量、高编高靠、分解住院、转嫁费用及诊疗不规范等问题及时反馈，督促医疗机构及时整改，避免年终集中审核造成医保管理的滞后性。2022年医保结算清单上传率达99.97%，入组率99.90%。全年共调取疑点病例32183份占结算数据总数的9.15%，拒付违规病例共计7967份，占疑点病例24.76%，占总结算数2.27%，拒付总金额3579万元。

通辽市优服务 强支改 利民生

——稳步推进医保 DIP 支付方式改革

内蒙古自治区通辽市医疗保险服务中心

为推动医疗保障、医药服务高质量发展，提升医保基金使用效率，根据国家、自治区文件精神，我市深入推进基本医疗保险支付方式改革工作，以人民健康为中心，充分发挥医保在医改中的基础性作用，规范医疗服务行为、保障参保人员权益。

一、目标明确分步实施

根据《关于印发内蒙古自治区 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》（内医保发〔2021〕30号）要求，我市按步骤高标准完成 DIP 工作任务。为顺利推进 DIP 支付方式改革工作，按照“分步实施、重点推进”的工作思路，自 2022 年 7 月，将二级及以上公立医疗机构纳入第一批 DIP 付费范围，2023 年将全市所有符合条件的开展住院服务的医疗机构全部纳入 DIP 付费管理，实现医疗机构全覆盖。自 2023 年 6 月，我市在内蒙古自治区范围内首家上线运行全国统一的医疗保障信息平台支付方式管理子系统 DIP 模块，7 月初顺利完成全部结算工作进入基金拨付阶段，全市所有住院医疗机构成功实现 DIP 支付方式全流程线上管理，有序推进各项改革任务。

二、精准推进各项工作

（一）完善配套政策，强化制度建设。

出台了“一方案四办法”，即 DIP 工作方案，DIP 管理办法、DIP 结算办法、DIP 考核办法、DIP 特病单议管理办法。成立了工作管理委员会，下设 5 个工作组。建立了“日小结、周报告、月调度”工作制度，通过分解任务指标、倒排工期，明晰工作思路，压实工作责任。完善了服务协议，在自治区 DIP 协议文本基础上，结合我市实际情况形成了《通辽市医疗保障区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）服务协议》，全市完成统一签订。

（二）组建专家团队，全方位开展培训。

结合医保、医疗工作实际，通过遴选先后分2批组建专家团队126人，囊括医保、临床、病案、信息等多方面人才，负责培训指导、评估分析、质控监督等工作，并颁发聘书。通过“专家授课+现场指导+线上调度+实地督导”的模式，对全市267家医疗机构开展DIP全方位培训，累计培训2万余人次。采取“请进来、走出去”的方式，邀请自治区专家、工程师团队对全市医保系统单位、医疗机构进行政策解读、医保结算清单填写与质控、医疗保障信息平台DIP功能模块实操等诸多方面进行培训，赴福建三明、浙江杭州、湖南邵阳、辽宁阜新等先进地区学习考察。

（三）完善信息化建设，强化数据治理。

督导检查各医疗机构信息系统接口改造、15项医保信息业务编码贯标使用等工作，对定点医疗机构开展13轮医保结算清单质控，并定期通报。截至目前，共质控清单13万余份，医保结算清单匹配率和合格率均为100%。为使医保经办机构和定点医疗机构及时、准确掌握医保结算清单上传、入组和基金结算情况，我市与东软工程师反复沟通、研究、测试，开发了“结算清单指标查询”、“基金统计”、“分组结果查询”三个模块，在医疗保障信息平台 and 医疗保障信息平台两定端同步上线，医保经办机构和定点医疗机构可分别通过两个系统查询定点医疗机构医保结算清单三率、分组状态、辅助目录详情、病种分值、预算点值等具体情况，进一步保障了医保结算清单及时、准确、规范上传，实现了结算信息及分组结果公开透明。

三、改革成效初步彰显

（一）就医费用逐步降低，百姓医疗经济负担明显减轻。

国家医保平台DIP支付方式管理子系统运行后，根据数据比对，按月分值实际结算后就医费用逐步降低，6月份DIP付费统计数据：平均住院天数为7.53天，次均住院费用7487.93元，患者平均自费用2956.78元；2023年9月份DIP付费统计数据：平均住院天数为6.99天，次均住院费用6091.89元，患者平均自费用2324.28元。

前后对比，平均住院天数下降 0.54 天，降幅 7.17%；次均住院费用下降 1369.04 元，降幅 18.6%；患者平均自负费用下降 632.5 元，降幅 27.2%。参保患者已成为 DIP 支付方式改革工作的受益者，医疗机构增强了成本意识，开始注重成本控制和资源利用效率，减少了“大处方”“大检查”等过度医疗现象，控制了医疗费用的不合理上涨，参保患者就医获得感增强。

（二）医疗机构管理更加规范，逐步适应支付方式改革。

DIP 支付方式改革实施以来，医疗机构管理向精细化转变，分级诊疗逐渐显现，主动控费意识明显提高，临床路径更加规范，诊疗水平进一步得到提升，绩效分配更加合理。今年 6 月，我市首月 DIP 月度付费，实现 DIP 付费结算医疗机构 160 家与项目付费相比 105 家超支，55 家结余；7 月，实际结算 161 家医疗机构与项目付费相比 89 家超支，72 家结余；8 月，实际结算 158 家医疗机构与项目付费相比 79 家超支，79 家结余；9 月，实际结算 152 家医疗机构与项目付费相比 29 家超支，123 家结余。越来越多的医疗机构逐步适应 DIP 付费模式。

（三）划定医疗保障“安全线”，医保基金运行更加安全。

DIP 分值付费与按项目实际支出统筹基金支付比稳步提升，2023 年 6 月支付比为 0.81,9 月已提升至 1.06。在区域总额预算框架下，划定医保基金“安全线”，激励医疗机构提高疾病诊断和治疗的准确性，提升医疗质量，减少医疗浪费，减轻患者的医疗负担，实现医保基金的有效使用，有效防范医保基金超支风险，实现医保患三方共赢。

四、改革进行中的启示

（一）DIP 支付方式是一种基于病种分组的医保支付方式，强调病种分组和支付标准的科学性和规范性，这有助于提高医疗服务的规范化和质量水平。病种分组目录及分值是采用近三年历史数据，按照一定比例进行测算而成，在实际应用中会存在有一些病种分组分值不相匹配的情况，例如保守治疗分值比手术治疗分值高的情况，或者诊断和手术编码没问题却不能入组的情况，这些都是历史数据填写不规

范或不完整导致，所以坚持正确填写诊断与操作，以提高病案数据质量为目标，当数据质量进入良性循环，DIP病种组合与分值也将越来越符合临床与编码逻辑，分值倒挂现象随之也会逐步减少。

（二）DIP 相较按项目付费特点是病组疾病越复杂，病情越严重，资源消耗越多，医保支付得越多，具体支付水平并不随医疗机构提供医疗服务的多寡而发生变化。高套病组、低标入院、分解住院、转移费用、推诿患者等违规行为都是在浪费资源的同时也加重了患者的费用负担，损害了参保人的合法权益。因此，医保部门应当加强对 DIP 付费下医保基金使用的监管，在 DIP 规范标准的指引下对医疗机构的行为进行合理引导，从而保障基金安全有效使用。

（三）DIP 支付方式改革需要医保、医疗部门协同配合，形成正向叠加效应，促进改革深入推进。医保、医疗在管理目标和价值导向上是相辅相成的，应注重二者协同发力，认真学习和领会 DIP 支付方式改革的主要目的，推动医疗机构内部运营管理机制的根本转变，改变当前粗放式、规模扩张式运营机制，转向更加注重内涵式发展，更加注重内部成本控制，更加注重体现医疗服务技术价值的精细化管理模式，做到编码管理、信息传输、病案质控、运营管理机制转变“四到位”。

云南省文山州积极探索基金监管“事前提醒” 开出问题清单提升基金使用效能

云南省文山州医疗保障局

文山州医疗保障部门全力推进医疗保障各项事业改革发展，在经办管理服务特别是基金监管方面，注重出实招、讲实效，不断提高基金使用效能，守好群众的“看病钱”“救命钱”。

一、监管关卡前移

目前，基层一线医保部门对定点医疗机构的监管方式多以“条例+协议”的双规范和“日常监管+智能审核+专项检查+飞行检查”的事后监管为主，监管成果也更多地体现在医保基金追回和对定点医疗机构进行处罚。但从实际工作成效来看，这种事后追责式的监管不但会影响定点医疗机构的积极性，也无法从根本上解决违法违规使用医保基金的行为发生。近年来，文山州积极探索医保基金监管模式，除了采取事后追责、惩戒处罚举措外，还针对定点医疗机构不合理使用医保基金的突出问题，探索将“事后追责式监管”向“事前提醒式规范”转变模式，全面提高监管成效。基金监管关卡前移，重点是要把好使用医保基金的第一道关卡。定点医疗机构医务人员是使用医保基金第一责任人，医务人员对医疗保障政策不熟悉、不重视，存在理解偏差，是造成医保基金流失的重要因素。例如，限制性用药问题的发生，往往是医务人员在开具处方时仅根据药品使用说明书或个人习惯，忽略了医保药品目录对部分药品的限制使用，导致违规产生医保基金支出；又如，套餐式检查问题，医务人员将同类检验项目组成套餐式开具，并未结合患者实际病情有针对性地开展检查，导致医保基金过度支出，加重参保人员个人负担。可以说，管理好医务人员“手中这支笔”，就是为合理使用医保基金把好了第一道关卡。

二、设置问题清单

文山州医保部门通过实地调研和分析历年来专项检查、飞行检查

发现的各类问题，发现医务人员对医保政策理解不够深入。为解决这一难题，我州运用大数据，聚焦近年来发现的问题，逐项分析原因、列出依据，邀请临床医生及相关专家集中论证，于2022年3月形成《文山州定点医疗机构易违规使用医保基金问题清单（第一版）》，印发至各县（市）医保部门应用于基金监管中，同时印发至全州定点医疗机构，对照问题清单进行自检自查，规范使用医保基金。问题清单共设置8类54条，对信息管理、药品耗材、检查化验、收费治疗等过程中易违规问题进行提醒，对个别病例、组套诊疗、打包付费等环节详细分析原因，帮助定点医疗机构排查医保基金使用过程中的问题盲区，从源头规范医保基金使用情况。今年6月，结合政策变化对第一版医保基金问题清单进行更新，印发第二版医保基金问题清单，共计8类76条。第二版医保基金问题清单对违规情形、判定依据进行详细分析与解释，让医务人员更加直观地理解相关要求。

三、重视实际应用

为提高问题清单的事前管理效果，对问题清单实行动态管理，并积极开展多种培训运用工作。一是**定期更新**。根据日常监管、专项整治行动等检查中发现的新问题定期更新问题清单，随着医保政策的更新进行及时优化调整。例如，我州2021版药品目录明确限定注射用奥美拉唑、注射用泮托拉唑、盐酸氨溴索注射液药品的使用范围，而2022版这些药品目录取消了相关限制。州医保局对照政策变化及时在第二版医保基金问题清单中进行了调整。二是**加强培训**。文山州医保局联合州卫健委共同组织召开覆盖州、县（市）、乡镇三级医保部门、卫健部门及定点医疗机构的视频培训会议；同时全州各级医保部门和定点医疗机构以集中培训、上门宣讲、科室联训等多种方式，实现问题清单培训全覆盖，确保全州所有定点医疗机构都能真正熟悉清单内容。

四、实现多方共赢

文山州印发的两版问题清单在定点医疗机构中反响较好。部分定点医疗机构将问题清单输入医院HIS系统，作为疑似违规问题事前提

醒，大幅度减少医务人员因对医保政策不熟悉而导致无意识的违规行为。一些定点医疗机构根据问题清单开展自检自查，主动退回违规使用的医保基金。在 2023 年开展的各类监督检查中，问题清单所列问题的违法违规行为较 2022 年大幅度下降，问题清单促进基金监管成效明显。站在定点医疗机构的角度，问题清单的使用，让医务人员在开展诊疗活动前有了一个参考依据，既避免违规问题的发生，又能帮助医院优化管理，自觉做好医保基金的规范使用。同时，将问题清单写入医院 HIS 系统，在医生用药施治时提供前置提醒，利用信息化手段进一步加强清单的预防作用。站在医保部门的角度，问题清单的设置，可以帮助医保部门开展各类专项检查、日常核查、飞行检查时提高工作效率，打击违法违规使用医保基金的工作重点更为明确。

医保基金是人民群众的看病钱、救命钱，党中央、国务院高度重视医保基金安全。结合国家和省级医保部门关于智能监管系统的工作部署，文山州医保部门将继续探索完善问题清单正向反馈机制。同时加强与卫健等部门联动，强化问题清单预警作用，形成医保基金监管合力，规范诊疗行为、保障基金安全，提高使用效能。

强化数字赋能 助力“浙有善育” 杭州医保推出生育津贴“无感办”

浙江省杭州市医疗保障事务受理中心

为全面贯彻落实党的二十大精神，坚持以人民为中心的发展思想，杭州医保坚持把为民办实事作为主题教育的重要内容，从进一步方便群众办事角度出发，从惠及更多参保人员角度考虑，以“群众办事简简单单”为目标，充分利用信息技术手段，创新推出生育津贴“无感办”服务，最大限度方便参保群众，助力“浙有善育”，切实提升了老百姓的满意度和幸福感。

一、思路目标

为彻底解决群众在申领生育津贴时由于材料不全等因素导致来往奔波之苦，杭州医保努力在医保经办服务“减材料、减环节、减时限”上下功夫，通过主动对接卫健、公安等部门，不断拓展大数据场景应用，创新推出“生育津贴孩次登记”二维码，解决生育信息收集难题。通过进一步重塑生育津贴拨付事项经办流程，取消用人单位和参保人员办理生育津贴申请、递交材料等环节，实现“材料事先上传、申请自动触发、信息自动筛选、费用快速拨付、短信即时送达”的生育津贴“无感办”服务新模式。

二、主要做法

（一）紧扣重点，重塑业务流程，着力优化医保服务

在深入分析、合理研判的基础上，通过业务流程重塑，着力优化群众医保办事服务体验。一是围绕中心端系统改造重塑业务审核流程。加强与省智慧医保平台对接，开发生育津贴“无感办”业务模块，通过系统改造，汇聚生育津贴审核必备信息，自动判别审核要素，实现“待遇拨付至参保单位、个人信息自动关联、按单位统筹分区可见”的实际效果。二是围绕医院端系统改造重塑生育信息登记流程。通过院端结算系统改造，增加生育信息字段，重塑生育信息登记流程。孕妇在

乡镇（街道）卫生院建卡时，按要求填写并上传生育登记服务单等相关信息，产后出院结算时，医院将相关信息核实并及时上传，中心端即能同步获取产妇生育信息。三是围绕群众业务办理需求重塑生育津贴申领流程。以材料事先上传、申请自动触发为落脚点，从最小颗粒度着手进一步梳理业务流程，优化办事环节。生育津贴拨付完成后，系统会以短信提醒的方式主动告知参保人员，便于参保人员及时了解业务办理进度及津贴发放明细，形成完整业务闭环。

（二）紧破难点，加强技术攻关，着力破除业务瓶颈

生育信息的准确确认，是实现生育津贴“无感办”能否准确拨付的难点所在。在各部门信息无法完全实现共融共通，生育数据无法准确获取的情况下，杭州医保创新推出了“生育津贴孩次登记”二维码，有效破解了产妇生育信息准确完整上传难题。一是联动定点医疗机构开发“生育津贴孩次登记”二维码，解决信息收集“技术关”。在全面分析需求的基础上，提出开发“生育津贴孩次登记”二维码需求设想，通过联动定点医疗机构实行院端接口改造，完善上传数据字段信息，以“扫码联动”的方式有效解决了生育信息收集难题。二是统一院端上传信息标准，解决数据收集“质量关”。根据业务需要在系统设置上对信息录入字段进行统一标准，调整信息收集人员角色设定，将原由医院收费工作人员上传信息调整为由医生填写上传，在出院费用结算时收费处再次审核确认，形成初复审“双保险”，有效提升信息数据上传质量。三是联动医院 HIS 系统做好生育信息筛选，解决津贴申领“触发关”。通过系统联动，产妇在定点医疗机构办理出院结算后，医保部门便会自动获取定点医疗机构上传的生育信息及病历材料，通过系统自动筛选信息，自动审核判断，主动触发生育津贴申请审核拨付流程，实现“免申即办”。

（三）紧抓要点，强化资源整合，着力加强推广应用

为让更多参保人员享受到生育津贴“无感办”服务，杭州医保采取多方联动、多措并举的方式重点做好“无感办”推广应用。一是发挥新媒体线上宣传优势。将生育津贴“无感办”业务流程制作成宣传短视频，

以群众通俗易懂的方式开展宣传。视频通过杭州医保微信公众号、视频号、微博、抖音、快手等多种媒体渠道平台进行播放，同时推送至公交地铁车载电视、华数融媒体等平台广泛宣传。相关工作动态通过“长三角移动电视区域联合体”推送至长三角 12 城进行宣传，视频推送一个月间点击播放量即达 17.4 万次。二是开辟医保线下宣传新阵地。充分利用各级定点医疗机构服务对象众多优势，通过设立定点医疗机构医保宣传专区，将生育津贴“无感办”宣传融入孕产妇全生命周期健康管理全过程。通过摆放专题宣传海报、操作指南、温馨提醒等宣传折页，结合孕妇孕期产检，主动向孕妇及其家属宣传生育津贴“无感办”的申请条件和发放标准，引导孕产妇及时完成生育信息登记。三是加强部门联动确保应用全覆盖。在试点平稳运行的基础上，组织医保经办机构及部分定点医院召开现场推进会，在全市范围内推广部署应用；做好人员培训，统一宣传口径；完成市区县分级管理机制，坚持上下联动，压实属地责任；建立工作考核机制，定期晾晒比拼，有序推进部署，确保项目在全市范围应用全覆盖。

三、取得成效

作为实施支持生育配套政策的重要部门，杭州医保推出生育津贴“无感办”服务，是一种助力生育的积极探索，有利于推动构建生育友好型社会。一是群众办事更便捷。从原需要群众自己拿材料去医保部门办事转变为系统自动触发申领流程、实现“免申即享”，便捷度大大提升。二是人群享受全覆盖。解决了部分群众由于不了解医保政策没有及时申领生育津贴问题，消除了业务办理盲区，有效破解了参保群众“应申未申”“应享未享”难题。三是群众获得感得到提升。“无感办”让产妇在出院结算后 10 个工作日内即可享受生育待遇，极大缩短了生育待遇享受时限，群众对医保服务的获得感有效提升，今年 1 到 9 月份全市生育类信访交办件较去年同期下降了 55%。

截止到 10 月底，杭州市所有设产科医院已全部完成院端医保系统接口改造，全市 52 家二级以上设产科医院及 196 个乡镇（街道）卫生院设立了生育宣传专区，全市生育津贴信息上传数量已达到 6093

人次，已完成生育津贴申领服务 869 笔，累计生育津贴“无感办”拨付金额 3329.43 万元。

四、启示

“民生利益无小事，一枝一叶总关情”，作为重要的民生保障部门，医疗保障是人民健康的“安全网”和社会运行的“稳定器”。如何建立事项全覆盖、服务全天候的精准、便捷、优质、高效的医保惠企便民服务新生态，需要我们持续深化“医保服务也是营商环境”“医保服务也是增值待遇”“医保服务也是创新要素”的理念，不断拓展创新经办服务新模式。一是在当前无法完全实现各部门数据共融共通共享的情况下，需要充分利用有效的信息技术手段，突破更多制约生育保险经办服务质量提升的难题。二是在助力营商环境的大背景下，医保部门需要进一步突破固有思维，开拓格局视野，努力探索更多致力于多方共赢的方法和举措，共同推动改革进程和社会发展。三是参保群众对生育保险服务要求日益增加，因而要始终聚焦群众需求关切，努力推出更多跨部门数据共享、系统互联、业务联办的服务场景应用，提供生育保险的增值服务，加快生育保险经办向便捷、主动、高效服务全面升级。

数字赋能“智”服务 以心促融“惠”两岸

福建省厦门市医疗保障中心

医疗保障面向城乡、覆盖全民，具有记录一生、服务一生、保障一生的特点，服务范围广、经办量大，群众期待高。厦门市医疗保障中心充分发挥厦门对台独特优势与先行示范作用，聚焦打通群众及在厦台胞医保服务“最后一公里”，持续深化“放管服”改革，打造“智”“惠”便民服务，多项创新做法为全国首创，被中央电视台、人民日报、新华网等中央级媒体广泛宣传报道；厦门医保代表队在福建省首次医保经办系统医保经办政务服务比武竞赛决赛中获团体、个人“双第一”的优异成绩。

一、思路目标

聚焦参保群众医保经办领域需求，以高质量发展为目标、以数字赋能为抓手，数据共享创新服务方式，系统集成提升办事体验，多维发力织密服务体系，推动医保服务从“能办”向“快办”“好办”转变，从“读卡办”向“扫码办”转变，从“网办”“掌办”向“免申即办”“免申即享”转变，实现经办速度与品质双提升，让医保经办“走新”更“走心”，为打造台胞台企登陆第一家园的“第一站”贡献医保力量。

二、主要做法

（一）先行先试，两岸距离“再拉近”。一是构建惠台医疗福祉新支撑。支持在厦就业及就学的台胞、居住且办理居住证的非就业台胞，按规定参加我市基本医疗保险，与本市参保群众享受同等待遇。全省率先推出公益普惠型补充商业医疗保险“惠厦保”，为本市包含台胞在内的参保群众提供强力四重医疗保障。二是开辟台胞医保结算新路径。全国率先成立8家医保台胞服务站，实现全市六区全覆盖，为台胞提供健保报销“一站式”结算服务，破解台胞于大陆就医购药回台报销“路途远、手续杂、期限久”难题。在医保经办服务全城通办、一窗通办的基础上，依托“15分钟医保服务圈”，叠加覆盖全市的e政务自助

服务终端，线上线下多维发力，为台胞提供 7×24 小时全天候服务。三是打通两岸医保交流新渠道。与国家医保研究院、北大国发院、中国人民大学、厦门大学及台湾辅仁大学等智库和高校合作，牵头建立全国首家“闽台医保研究院”，围绕两岸医（健）保政策、台胞医保结算衔接等开展课题研究与实践交流，引导广大台胞积极建言献策，探索增进两岸同胞医保领域民生福祉的新思路。

（二）织密网格，基层服务“再升级”。一是下沉业务就近办。以经办服务下沉作为全面加强经办管理体系建设的重要抓手，强化市、区资源整合联动，实现全市 41 个乡镇（街道）便民服务中心、543 个村（社区）便民服务代办点医保公共服务全覆盖。二是智能终端自助办。充分发挥全市 430 多台“e 政务”自助机分布广、网点多的综合优势，方便参保群众就近查询参保缴费各类信息，自助办理医保高频业务，畅通群众办事“最后一公里”。三是机构联动院内办。于就诊量大的三级医疗机构设立医保服务站，为患者零距离提供政策咨询，就医“第一线”即时办结生育津贴申领、家庭共济办理、异地就医备案等业务。

（三）数字赋能，政务服务“再提效”。一是常规事项随身办。以医保国家平台建设为契机，高标准打造网上服务大厅，形成互联互通的网上公共服务平台。针对群众使用频率高的业务模块，优化网办校验条件，改进提示短信内容，增加“撤销”入口等，竭力提升群众网办体验感。二是“一老一小”创新办。全国率先推出“智能适老”医保服务，从“界面体验”“家庭代办”“主动推送”三模块入手，打造让老人听得清、看得懂、用得好的智能医保服务。在 2020 年全国首创新生儿医保参保报销“秒批”服务基础上，优化系统、创新思路，推出“秒批”服务 2.0 版，将办理时间压缩至 1 分钟以内。三是退休生育免申办。建立健全跨部门业务协同及数据共享机制，为在我市办理职工养老退休的符合条件群众直接办结职工医保退休业务，实现退休“免申即享”。全省率先实现生育津贴与计划生育情况脱钩，通过接口取数将产妇发起申请变为医保主动推送，全程“零材料”“零跑动”，实现生育津贴“免申即

办”。

（四）“码”上就办，就医办事“再加速”。一是扫码结算免等待。升级改造定点医药机构系统，便利参保群众扫码就医购药，大大缩短结算等待时间，有效避免找卡、卡损坏等不便，全市就医购药迈入“码”时代。二是展码办事无障碍。全市各政务服务中心、基层便民服务点、医保服务站皆可一“码”通办。“厦门医疗保障”微信公众号、闽政通APP支持凭码自助查询本人医保消费、缴费等记录，办理家庭共济、出具参保凭证、异地就医备案等业务。三是凭码续方不出门。持续推进定点医疗机构纳入“互联网+”医保管理工作，依托医保码实名认证、在线复诊续方、医保移动支付、药品配送到家高效衔接，实现一站式结算，全力保障患者慢病用药。四是异地就医秒办结。简化程序，打通信息联网，省内一“码”漫游，就医免申即享。简化备案流程，省外就医开通“自动审核”功能，秒批秒办，群众线上提交备案申请就可即时享受跨省费用直接结算便捷服务。

三、主要成效

（一）两岸贴近贴紧贴心。全市6个行政辖区台胞就医较多的三级医疗机构均设立了台胞服务站，为台胞提供医保经办服务和在厦5日内就医费用健保报销“一站式”结算，累计受理台胞健保报销咨询超2000人次，代办报销业务200余件，创新了两岸医保结算新路径，打通台胞医保服务“最后一公里”。打造了全国首家具有闽台区域特色的探索两岸医保政策研究与实践机构，积极推动医保领域对台融合发展与交流合作，在推动两岸医保互通上迈出坚实一步。

（二）办事省时省力省心。超90%医保服务事项实现“网上办”“掌上办”，2023年前三季度网办件超30.99万件，占总业务量的67.5%。“智能适老”服务人次超101万，医保代办家庭户开通超34万户。新生儿“秒批”服务100%覆盖全市开设产科的医疗机构，三年来累计为超3.4万户新生儿家庭提供暖心服务，获评2023年度厦门市“十佳”营商环境创新举措。“一件事一次办”2023年前三季度已为超1.6万人主动办理医保退休；超4.3万名参保女职工享受生育津贴便捷申领。

（三）服务暖心舒心放心。全市镇街便民服务中心、村居便民服务代办点实现 12 项医保经办服务事项（含税务部门 2 项事项）、23 项医保便民服务事项“家门口”轻松办，2023 年前三季度提供服务超 4 万人次。全市“e 政务”自助机共加载 8 项医保高频业务和 15 个医保便民查询事项；13 家医保服务站为群众提供医保服务超 21 万人次。

（四）办事提速提质提效。全市定点医药机构 100%支持医保电子凭证全流程应用，医保窗口 100%实现政务服务事项“扫码办事”。51 家定点医疗机构纳入“互联网+”医保协议管理，慢病复诊续方患者足不出户即可享受医保便捷服务。全市 2042 家定点医药机构 100%开通跨省直接结算，门慢特跨省直接结算定点医疗机构增至 382 家。2023 年前三季度，跨省异地就医惠及超 86.93 万人次，减少群众垫付费用 5.2 亿元，跨省异地住院直接结算率 74.26%，提前 2 年完成省“十四五”全民医疗保障专项规划指标要求。

四、启示

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要制度安排。台湾与厦门隔海相望，扩大两岸交流既是大义，更具大利。医保部门要主动担当作为，扛起“国之大者”，以两岸同胞健康福祉为立足点，深挖数据要素应用潜力，创新升级便民服务模式，通过数据赋能医保经办向两岸同胞释放制度红利，用实际行动贯彻落实好习近平总书记关于“突出以通促融、以惠促融、以情促融，勇于探索海峡两岸融合发展新路”的重要指示精神，奋力写好医保领域“通、惠、情”文章，为谱写“两岸一家亲”新时代新篇章贡献更多力量。

智慧医保助力三医联动 开创慢特病服务新模式

山东省菏泽市东明县医疗保险事业中心

一、思路目标

近年来，我国慢特病呈现“高发”状态，发病率高、患病人数多，治疗费用高。如何更好地保障慢病患者的用药需求是医保管理部门肩负的重要使命。为挤压药品虚高价格水分，减轻患者用药负担，国家医保局主导推行了集中带量采购，纳入集采的400多种药品降价幅度达到50%以上，但实际使用量较低。与此同时，当前医药体制改革还不够完善，普遍存在医院药品不全、不能满足慢病需求的问题。2021年以来，东明县医保局率先试点推行了慢病定点药房服务模式，患者可持证到任一家慢病定点药房购药报销。在满足患者购药需求的同时，可能存在超剂量购药、不合理购药等风险，须尽快建立跨机构费用智能监控系统。

为深入贯彻“健康中国”战略和“十四五”全民医疗保障规划，2023年以来，在局党组的坚强领导和支持下，东明县医疗保险事业中心聚焦慢特病管理这些难点、堵点问题，积极响应医保信息化建设的决策部署，以智慧医保赋能为借力点，以便民、惠民为出发点，推动医疗机构与专业药房合作，创新建设“互联网+三医联动”慢特病服务中心，探索“互联网+医疗健康”、医保电子凭证、医保大数据和智能监控融合应用的智慧医保服务新模式，进一步提升慢特病患者体验感、获得感和幸福感。

二、主要做法

“三医联动”慢特病服务管理中心作为重大民生实项目，得到了省、市医保局的精心指导和大力支持，以及医脉健康、银联商务、山大地纬、联合通信、旭辉卓越、腾讯等信息技术公司的通力合作，主要采取了以下做法。

一是优化整合资源，实现“三医联动”一站式门诊慢特病服务。充

分发挥医保对医疗、医药资源合理配置与科学使用的核心杠杆与作用，整合了县医院知名专家门诊的医疗资源、可视化便民服务站的经办资源、德信专业药房的药品流通资源等各方优质资源，建设了“三医联动”慢特病服务大厅。通过医保放管服改革、“三医”服务流程再造，实现了门诊慢特病申报、认定、就诊、购药、复查、报销结算、异地就医备案等所有相关业务的一站式办理；同时，利用医院和药房两大药品流通渠道，增加了质优价廉的集采药品配备，让慢特病患者“少跑腿、少花钱”。

二是利用医保大数据，实现慢特病费用事前事中智能审核监控。随着门诊慢特病病种目录不断扩容、大量谈判药品进入医保，门诊慢特病患者病情、诊疗方案也复杂多样；同时，近些年相关病种和药品目录更新较为频繁，纳入医保慢病支付范围的药品除了应符合说明书规定的适应症外，还须符合医保限定支付范围，否则需由患者负担。医务人员由于诊疗业务繁忙，一旦未能及时掌握医保目录这些调整变化情况，就会在政策执行上出现偏差，超病种范围购药、超剂量重复开药等现象时有发生，给医保基金安全运行造成较大的风险。

针对慢特病管理的新形势、新问题，运用大数据手段，有效破解了管理难题。根据国家医保局印发的《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库框架体系（1.0版）》的技术标准，开发建设了慢特病医保药品知识库、规则库智能监控大数据平台。医师开方后，经大数据筛选审核，可自动预警拦截超范围、超剂量购药。既增加了基金运行安全性，又减轻了医务人员工作负担。

三是推进“互联网+医疗+医保”服务，破解慢特病处方流转难题。随着集中带量采购、零加成等政策的推进，药品对于医院来说，已经不是利润中心了，反而因为有着药学部、采购部、仓储运管等的投入，在账面上是亏损的。这就会造成医院有些药品紧缺，用类似药品替代，会影响治疗效果；凭医院纸质处方到定点药店购买，然后回医院报销，来回奔波报销难。

慢特病服务中心依托知名专家门诊，根据国家医保局印发的《医

保电子处方中心技术规范》，利用“互联网+医疗”技术，对接省医保电子处方中心，开发建设了慢特病续方视频问诊系统。患者可直接在慢病定点药房发起续方问诊，经在线医师诊断开具处方、智能监控系统审方后，上传省电子处方中心，患者在药店端凭医保电子凭证认证下载处方，药店药师审核后，可直接在药店购药报销。既畅通了处方流转渠道，又确保了就医购药全流程信息可追溯，处方流转更安全。

三、亮点成效

省、市医保局领导多次到现场视察指导，对东明县慢特病服务中心的创新实践做法给予肯定。智慧医保信息化建设赋能新时代医保，让“三医”真正形成有效联动，解决了一系列慢病管理难题，实实在在做到了让患者“少跑腿、少花钱”，“有钱买药、有药治病”，“小切口”撬动服务群众大民生。

一是业务办理更加便捷。以前，患者到医院取药、复查都得去门诊排队、挂号、交钱，来回跑好几个地方，现在慢性病服务大厅一个地方全部解决了，取药、复查都很方便；慢病资格认定以前是一个月，一周办理一次，现在慢特病服务大厅申请后，随时由县医院专家鉴定，符合标准的，当天就可完成备案登记。“慢病”不慢办，“特病”特事办，患者可以在服务大厅一次性解决所有问题，不必再为慢病备案、医院没有药、药店需要处方、无法报销的问题而烦恼。

二是处方流转更加顺畅。积极响应国家保局电子处方中心建设的规划部署，率先引入刷脸认证支付、“互联网+医疗+医保”服务模式，有效解决了处方流转难的问题。职工、居民慢病患者，以及没有智能手机的老年慢病患者，都可以直接在慢病定点药房，通过视频问诊处方流转平台续方购药，不需再到定点医院开方，处方流转更便捷，进一步保障了慢病患者用药需求。

三是“三医”联动更加高效。医保电子凭证、刷脸认证、移动支付、云数据、“互联网+医疗”等信息技术的融合应用，促进了医保、医疗、医药三方共同发展，医保发挥了核心杠杆引领作用，医院提高了医疗资源利用率，药品流通企业也实现了规模经济效益最大化。让“三医

联动”搭上了信息高速，推动“三医联动”门诊慢特病服务不断升级，将“为民便民惠民全民健康”的服务宗旨落到了实处。

四、创新启示

东明县“互联网+三医联动”慢特病服务中心，以优化门诊慢特病管理为切入点，探索实践医保信息化“两结合三赋能”的决策部署，推进医保信息平台的统一性与地方业务需求的灵活性有机结合，医保数据“走出去”与相关数据“引进来”有机结合，为医保改革、服务、管理赋能。同时，也为各地医保改革发展提供了可借鉴、可复制的样板。

一是融入集采药品监控新规则，为医保改革赋能。医生开方时，即时弹出集采药品使用提醒，并对集采药品使用率等数据进行统计监控，及时引导定点机构、医生和患者优先使用集采药品，减轻个人负担，让“集采”改革红利得到广泛普及。

二是开启刷脸支付新体验，为服务赋能。联合银联商务、旭辉、地纬、联通等信息技术公司在全市、全省率先在定点医药机构测试开通了刷脸认证支付功能。相比传统的身份证、社保卡、医保电子凭证认证更加便捷，而且破解了老年人无智能手机、不能医保扫码认证、处方流转的难题，让电子处方中心平台应用在东明落地生辉，提升了服务体验。

三是创立“智能拆方”和跨机构监控新功能，为管理赋能。结合医生开方习惯，对多病种处方按病种智能拆方，逐一上传医保中心报销，既提高了医生开方效率，又保证了慢病处方的合理合规。同时，增加了跨机构费用监控功能，不仅能对本机构本次处方的不合规购药进行拦截，而且对患者在其他定点机构的购药记录进行统计监控，存在超剂量重复开药的情况，及时拦截分方处理，对超剂量购药由患者自负，增强了医保基金安全性。

“数据赋能”让医保门诊慢特病政策“免申即享”“直达快享”

安徽省宿州市灵璧县医疗保障局

近年来，灵璧县医疗保障局坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入学习贯彻党的二十大精神，落实上级决策部署，厚植“医有所保、生有所护”为民情怀，践行“以人民为中心”发展思想，着力解决群众在医保领域的“急难愁盼”问题，强化“数据赋能”，实施门诊慢特病政策“免申即享”“直达快享”，医保工作更有“品”，服务更有“质”，群众满意度和获得感显著提升，不断实现人民对美好生活的向往。

一、思路目标

为深入学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，加快释放医保政策效应，提高纾困解难精准度、参保居民满意度，以大数据赋能，常态化开展“待遇找人、服务上门”行动，让“数据多跑、群众不跑”，突出数字化、突出精准性、突出主动性，提高门诊慢特病认定效率，在群众知情同意基础上，推行零材料、免申请服务，保障参保患者及时享受门诊慢特病待遇，真正把群众“盼的事”变成服务送上门“办的事”，为群众的幸福感、安全感、获得感全力护航。

二、主要做法

（一）订方案“立”规范。2022年11月24日，根据《安徽省医疗保障局关于印发〈安徽省基本医疗保险门诊慢特病认定管理暂行办法〉的通知》（皖医保秘〔2022〕84号）精神，创新出台《城乡居民基本医疗保险门诊慢特病免申请办理管理办法（试行）》，优化办理环节，推行“政策找人”，27种门诊慢特病实行“免申即享”。包括癫痫、帕金森综合征、阿尔茨海默病（老年痴呆）门诊慢性病等10种；恶性肿瘤、慢性肾衰竭（尿毒症期）、精神障碍、器官移植术后等特殊慢性病17种。2023年6月25日，出台《灵璧县基本医疗保险门诊慢特病免申请办理管理办法（试行）》，通过召开专家论证会扩大险种、

增加病种，规范工作流程，在确保基金安全的基础上，从2023年7月1日起，将原来门诊慢特病“免申即享”服务由城乡居民医保护扩大到城镇职工医保，病种由27种增加至36种，为推进“免申即享”工作奠定制度保障。

（二）明机制“强”管理。按照“政策找人”的思路，经办机构坚持“免申不免审”的原则，让大数据与医保政策“牵手”，定时筛选医保结算系统就医住院信息，将参加基本医疗保险人员在相应级别定点医疗机构联网结算且诊断明确的就诊记录作为门诊慢特病认定材料，精准锁定符合政策享受条件的参保群众，在征求参保人意见的基础上实行“免申即享”，从而实现精准匹配、主动服务、直接享受。

（三）简程序“优”服务。政策工具箱已经打开，还需做好落实后的半篇文章。开展“主动找人、主动服务”行动，“大数据”把医保政策送上门。对初筛符合慢性病诊断标准但不符合“免申即享”的，由经办机构将信息传递给镇（开发区）医保办，由村组干部“入户办公”，收集材料，建立台账，全程帮办代办，经办机构按照“每日受理、按时鉴定、特病特办”原则，打造慢性病申报、确认、备案、反馈全流程闭环工作机制，办理成功后以短信、通知书方式告知，让参保居民“零跑腿”，让村民办事不出门。同时，对不符合慢性病办理条件但符合“两病”门诊用药保障待遇条件的，简化程序直接办理“两病”门诊用药保障待遇，及时在系统录入维护，截至2023年10月份享受“两病”门诊用药保障待遇20847人次，平均每年减轻参保患者负担500元左右，此举增强了参保群众基础性、兜底性保障，擦亮了“暖心医保、马上办好”灵璧医保品牌。

三、取得成效

（一）群众满意度显著提升。医保门诊慢特病的业务从线下的“窗口办”到线上的“网上办”，再到现在的“不用跑”，更多的医保政策让参保居民从“想”到“享”成为现实。目前全县1528人享受了此项服务，在减少“人找政策”疲惫感的同时，带来了“政策找人”的获得感，群众的满意度显著提升。

（二）医保行风不断优化。全局上下以“免申即享”为契机，坚守“人民至上”理念，涵养“为民情怀”，以“将心比心”的态度、“暖心用心”的服务，全力解决全县参保群众“急难愁盼”问题，医保行风不断优化，收到群众致谢锦旗 20 余面，获评安徽省医保系统行风建设先进县。

（三）社会各界广泛认可。门诊慢特病“免申即享”工作实施以来，全县医保工作获得社会各界广泛认可。安徽省医保局来灵调研时充分肯定这一做法，灵璧县委、县政府分管负责同志多次到局机关、医保窗口调研指导，湖北孝感、江西九江、安徽宣城等地来灵考察时高度评价，“免申即享”经验政务信息被中国医疗保险网、安徽日报、中安在线等中央、省主流媒体宣传报道，受到各界一致好评。

四、工作启示

（一）有效利用“数据赋能”，纵深推进“互联网+医保”服务。当前身处信息化时代，医保经办服务可与大数据深度融合，有效利用大数据“快、准、全”的优势，在医保经办服务上“推陈出新”，不断减少办事材料、简化办事流程、优化办事体验，推动医疗保障事业高质量发展，让群众共享医保改革红利。

（二）持续践行“人民至上”，不断擦亮“暖心医保”服务品牌。精准匹配、主动服务是“免申即享”的最大特点，从根本上来看，这是医保为民服务理念的创新和优化，灵璧县医保局践行“人民至上”理念，变“人找政策”为“政策找人”，将政策、服务、经办下沉一线，让群众足不出户享受医保政策，以实际行动擦亮“暖心医保”品牌形象。

（三）优化服务“永无止境”，持续推动“惠民政策”创新落地。灵璧县医疗保障局把深化主题教育成果转化与优化推动经办服务有机结合，充分利用“数据赋能”，纵深推进“慢特病一站式管理服务中心”、“床边结算”等各项医保经办便民惠民新举措，以更“新”的理念、更“暖”的服务、更“高”的质效解决现实问题，办好民生实事，将更多的政策红利转化为推动医保高质量发展的强大动力。

郑州医保“电子地图” 开启医保服务专家模式 为健康生活精准导航

河南省郑州市医疗保障中心

2023年3月,郑州市医疗保障中心正式启用医保服务“电子地图”,以一图汇集全部政策法规、经办标准、办事指南,一图呈现全市经办机构、延伸网点、定点机构基本信息,一图融合所有网办平台、特色功能的方式,构建了精准、智能、高效的医保经办便捷通道和高清导航服务系统。郑州医保“电子地图”上线运行7个多月来,受众面日益扩大,日均访问量突破9000人次,日渐成为群众办理医保、就医购药的智能助手和服务专家。

一、精心谋划,把精力放到群众身上,让医保服务更有温度

2021年以来,郑州市医疗保障中心秉持以人民健康为中心的发展思想,深化实施郑州医保经办事业发展“三年行动规划”,持续推进“为民办实事”活动,取得丰硕成果。依托市、县、乡、村3075个服务网点织密四级经办网络,实现“就近办”;运用国家、省、市三级医保和政务服务平台承载全部医保业务,实现“网上办”;坚持12393医疗保障热线“7×24”全天候服务,实现“热线办”;应用门诊慢特病“全程网办”系统、定点机构事务“一网通办”系统,实现“马上办”;自主开发并梯次部署医保自助服务终端,实现“自助办”;建立覆盖医保经办全过程的标准体系,实现“规范办”。一系列卓有成效的重点民生实事,给群众办医保、享医保带来便利和实惠,让医保经办工作“安全网”和“稳定器”功效发挥愈加充分。

但由于资源整合不够充分,医保服务“碎片化”的矛盾还较为突出,“一个层级一个平台、一类事项一个入口、一个大厅一种模式”的现象,不仅让群众无所适从,也让创新效能大打折扣。解决好这一问题,必须从顶层设计入手,全面整合资源、优化配置,实现平台贯通衔接、事项标准统一、指引清晰明确。正是基于这一理念,郑州市医保中心

以“为民办实事”活动为主线，创新实施医保服务“电子地图”平台建设，用日常生活中最常见、最易用的地图导航模式，整合全市医保服务资源，建立集查询、指引、经办于一体的多功能服务平台，着力为群众办理医保、就医购药精准导航。

二、精准施策，把服务送到群众指尖，让医保经办更有速度

开发医保服务“电子地图”，功能完善是基础，简单易用是关键。郑州市医保中心坚持从群众视角出发，既尽可能多而全的将所有功能融为一体，实现资源互通、优势互补；还全面遵循群众办事习惯，优化流程、简化操作，真正让“电子地图”有用、好用、易用。

一是聚合资源，实现医保信息“一点即查”。汇集医保政策、经办信息，建立“融媒体”服务平台，强化底层支撑。郑州医保“电子地图”既囊括所有医保法规制度、待遇清单、经办规程、业务标准，也涵盖全市经办机构、服务网点、定点医药机构、网络服务平台信息，更链接郑州市 12393 医保服务热线的“医保知识库”、“智能语音库”，为绘制高清版、多功能“电子地图”提供高质量、全数据支撑。群众打开“电子地图”，即可通过人工搜索、语音互动等方式，精确查询医保资料、经办信息，满足了办理医保业务前置环节了解政策、核对信息、掌握程序、知晓途径等需求，避免来回奔波、反复跑趟。

二是贯通网络，实现医保业务“一口受理”。融合服务载体、业务平台，建立“数字化”经办菜单，强化服务功能。郑州医保“电子地图”联通国家、省、市三级医保和政务服务平台，链接分布在微信、支付宝等第三方平台上的异地就医备案、医保电子凭证等功能模块，挂载郑州市门诊慢特病“全程网办”、定点事务“一网通办”、生育津贴拨付信息查询、12393 医保热线网络客服等本地化模块，实现服务载体“一端汇聚”、业务平台“一端融合”。群众打开“电子地图”，即可点选菜单、在线申办、一次办成相关业务，化解了“多级平台功能不一、多个入口难以分辨”给群众办事造成的困扰和不便。

三是优化配置，实现医保服务“一键导航”。应用地图软件、导航功能，建立“交互式”高清界面，强化经办指引。郑州医保“电子地图”

以主流地图软件为基础，将市县两级 17 个医保办事大厅、204 个乡镇（街道）便民服务中心、2665 个村（社区）便民服务站、73 个“郑州医疗保障服务站”、116 个“医保·银行一体化合作网点”、6551 家定点医药机构等医保、医疗服务网点分门别类，逐一精准标识。同时，还将每个网点的地理位置、交通信息、业务范围、事项清单以及每项业务的经办标准、资料清单、办理时限等信息详细备注，方便群众互动查询。群众打开“电子地图”，即对周边所有医保服务资源一目了然，可按需选择、就近办理，还可根据地图提供的高清导航路线，快速前往目标网点。

郑州医保“电子地图”上线运行以来，以其功能一体化、内容精准化、操作便捷化、导航智能化、服务精细化等特点，获得群众的广泛认可与好评，服务受众日益增多，正在逐步转变为全市医保经办的“主平台”、群众办事的“主入口”，成为郑州市推动医保经办领域“为民办实事”活动的新成果、新亮点。

三、精细落实，把实事办到群众心间，让医保创新更有深度

习近平总书记深刻指出，“要抓住人民最关心最直接最现实的利益问题，把人民群众的小事当作我们的大事，从人民群众关心的事情做起，从让人民满意的事情抓起，推进民生保障精准化精细化”。郑州医保“电子地图”平台建设的成功实践，高度契合医保经办管理服务精准化精细化的时代要求，体现了“方便群众、利于经办”的发展目标，为我们持续深化经办创新、提升“为民办实事”成效带来深刻启示。

一是为民办实事，必须“为”字当先，“以人民为中心”，善为有为。近年来，医疗保障领域顶层设计渐次加强、制度改革逐步深化，为各地加强经办创新提供了坚实的基础和支撑。郑州市范围内，以“六办”模式为牵引的一系列民生实事和创新项目落地落实，让医保服务效能倍增。通过郑州医保“电子地图”，我们用“互联网+”技术手段推动资源整合、信息融合，建立“导航办”新模式，不仅有效破解了因创新项目分散化、经办资源碎片化而形成的医保服务“中梗阻”，也为我们践行“以人民为中心”的发展思想，深化实施“为民办实事”活动趟出一条

新路，更为推进医保经办治理体系和治理能力现代化建设注入更强动力、增添更多内涵。

二是为民办实事，必须“办”字为要，坚持满意度标准，办成办好。医保工作涉及面广，关联的政策法规、理论知识、业务标准纷繁复杂。我们开展经办创新、办理民生实事，必须遵循客观规律，不能将所有服务对象都预设为医保“百事通”，而是要始终把群众的需求期盼摆在突出位置，坚持用“局外人”、“非专业”、“大众化”的视角来谋划创新项目、规划经办流程，广泛运用诸如地图导航之类的日常生活工具，实现业务标准、服务程序与群众生活习惯保持一致，推动医保业务从“能办”向“好办”、“易办”、“快办”转变，不断增强群众的获得感和满意度。

三是为民办实事，必须“实”字打底，践行正确政绩观，实心实意。建设郑州医保“电子地图”平台，核心工作是将既有的经办资源有机融合、合理配置、精准调用，实现平台、内容、功能、业务高度集中、紧密衔接，打造方便群众问政策、查信息、办医保、享待遇的快捷方式。总体来看，这是一项“切口小、成效大”的惠民工程。实践证明，推动“为民办实事”，必须始终坚持“为民造福是最大的政绩”理念，顺应时代发展和民生需求，实心实意抓落实，实实在在解难题，为群众增福祉、让群众享公平。唯有如此，医保经办工作才能赢得群众的认可与支持，医保经办创新才能经得起历史和时间的检验，医保经办事业才能不断取得高质量新成效。

全面提升医保热线服务效能 着力推动医保热线优质发展

天津市医疗保障基金管理中心

2021年6月，根据国办发53号《国务院办公厅关于进一步优化地方政务服务便民热线的指导意见》和天津市人民政府办公厅关于印发《天津市进一步优化政务服务便民热线工作方案的通知》要求，12393医疗保障服务热线作为“双号并行”号码，与12345热线建立电话转接机制。

一、思路目标

习近平总书记在全国卫生与健康大会上强调，“没有全民健康，就没有全面小康”。2018年5月，国家机构职能体系优化和重构，在医保制度体制的顶层设计上进行了重大变革，组建了国家医疗保障局。随着医保工作全面铺开，广大群众对于医疗保障的服务需求越来越迫切，来电咨询与日俱增，给经办部门带来巨大压力，出现群众电话难打、中心工作人员电话难接的困境。天津市以12393热线建设为抓手，着力解决咨询电话呼入难的现状。

二、主要做法

为进一步贯彻落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》，优化医疗保障公共服务，在国家医保局的统筹部署和大力支持下，天津市医保局与财政、政务服务办、编办等相关部门就热线建设模式、方法等进行了充分沟通。2021年12月，天津市12393医疗保障服务热线成立。

（一）“精细化”创新打造医保热线服务机制

1.打破传统壁垒，创建创新型医保热线服务模式

天津市12393响应国家号召，创建了“传统+新型‘两条腿’”走路、“线上+线下”相结合的医保服务热线模式，实现医疗保障热线服务与“12345政务服务便民热线”相衔接，极大减缓了线下医保经办部门的压力，提高了解决市民医保问题的政府工作效率。

2.推进服务创新，以创新思维建立高标流程制度

天津 12393 医保热线不断推进医保公共服务创新治理，不仅仅意在传统服务模式中寻求突破，面对固有的被动接受型服务壁垒，勇于突破探索更加高效、便捷，符合时代发展的全新数智能服务体系。同时，作为医保政策执行的“代言人”，热线也肩负着将群众反映的高频问题以及医疗保障服务中的热点、难点进行归纳汇总的责任，以发现反馈问题为导向，不断创新提高医保服务高效高质管理，为 1200 余万涉保人群提供医疗保障领域专业化服务，让医保服务离参保群众更近、更亲。并以点成线，为全国医保热线系统建设提供更加成熟的模式参考。

（二）“标准化”驱动，筑牢优质便捷的服务模式

从无到有，贴近时代特点，重点打造以创新思维建立健全高标流程制度，搭建基础建设（知识库建设、来电峰值研判、话务应急响应机制、经办服务、中心建立健全热线制度），打造全面数智化平台体系（IVR 智能语音导航、在线客服、5G 视频办），交叉式质检体系等三大特色模块。大胆运用信息大数据、5G、智能 AI 等先进技术，建设智慧医保服务平台。

1.搭建精细化管理基础

在组织架构的搭建中，热线中心负责群众来电的接听、回访、工单分办、满意度测评等，实行统一受理、分类处置、分级负责、协同处理、限时办结等层叠式响应机制，确保热线服务无死角。在健全话务系统的呼入、外呼、短信发送、话务回访、坐席布置、创建工单、工单分派等基础功能的同时，建立了知识库系统，峰值研判体系，及应急快速响应等重要机制。

（1）知识库建设

热线中心搭建了本市医疗保障知识库大数据子系统，包含医保政策知识库、政务服务事项知识库、医保行政部门和经办部门知识库、定点医疗机构知识库等，对本市医疗领域政策和政务法规，常见问题做出全面归纳和实时更新。

（2）来电峰值研判

话务量各时段峰值预测一直以来都是热线职场运营中的核心问题。根据峰值影响因素的多变性，热线中心组建分析小组，设立预警轮值方案，以全时段大数据进行统筹分析，以小时为单位进行实时监控。

对部分高峰值时段，来电量突增的各种可预警状态下，通过提前增加班次接续布置应对；而面对如疫情突发或其他紧急状况，由当值管理人员直接干预，由当日预警人员应急快速签入应对，并进行事件分析及跟踪，判定后续班次安排。以此最大限度提高突发事件的处置能力和日常状态下的运营效率。

（3）“场外专席”应急响应机制

针对不同紧急情况启动多重叠加式重大风险反应机制。通过多次突如其来的防控考验，在不断吸取经验中前行，升级解决技术难题，研判人员优化方案。目前热线中心“场外专席”远程坐席配置平台已搭建完成，并实现了包括场外系统调试、坐席排班调整、接续测试等在内的全部工作完成，确保职场统一服务与场外接话服务的无缝切换，在热线工作效能不降低的同时，保证员工人身安全。

（4）经办服务能力提升

医保热线上线经办查询办理功能，可外联医保业务系统，在不同等级风险管控下，通过系统身份实名认证后为参保人查询个人医保信息如个人账户余额、门急诊台账、三目名录范围等，极大程度实现群众来电话务一次性解答，拓宽了热线服务内容，强化了医保服务热线的专业性和时效性。

2.全面推进数智化体系建设

在现今市场经济下，以服务为新的增长点和增长路径，越来越成为未来竞争中的关键。12393 医保服务热线以民生为根本，现阶段以惠民便民的应答式服务为主体，为更多民众提供医保一站式服务的能力。

（1）IVR 智能语音导航

为改变传统服务模式下专业服务定位需求人群模糊不到位，导致服务资源分配不均容易重叠的问题，智能导航已处于优化测试阶段，通过实现人与智能 AI 系统的对接，实现即问即答式的快速响应服务，释放出更多服务资源，精准对位。

（2）在线客服

在线客服一定程度上能够更多的承担分流来电等待和接通率的压力，避免了接电高峰时段的无奈等待，用户通过在线客服接待，自助 AI 可以做到实时自助响应回复群众简单诉求，而在线人工客服可以处理相对繁杂的用户需求。而通过热线，热线 AI，在线人工，在线 AI 的多重引流分化，用户可以极大程度避开高峰长时间的等待，选择更多的方式满足自身需求，更好的提升优化服务感知。

（3）5G 视频办

为方便参保人员特别是老年人在线咨询业务，利用 5G 技术，群众以视频形式拨入 12393 医保服务热线，通过“人脸比对”身份鉴权体系，实现视频办、远程办，切实解决群众不方便到场的实际困难，让医保服务更有温度。

（4）智能质检体系

质检是 12393 医保热线运营的核心之一，作为综合性政务服务热线，质检不仅包含着对用户高频关注倾向的收集传递，服务过程的质量控制，同时也是考核依据的重要环节。需强调的是 12393 医保热线通过智能语音质检应用提升了市民的服务体验。

智能化语音质检系统的应用，加强了热线服务质量监控，充分利用智能质检系统，告别“大海捞针”时代。热线借助智能质检系统，通过强大的语音转写技术和创新研发文本挖掘算法，颠覆传统人工抽检方式，建立“系统+人工”双重监控机制，建立质检功能模型，实现对热线员工全面实施全过程、全关注的质量管控做到实时干预跟进，大量降低运营风险和人工质检成本，辅助提升全员的服务质量和工作效率。

三、工作成效

目前天津医保服务受众群体已超过 95%，且医疗保障作为民生服务体系重要的组成部分之一，医药价格、医疗监管、报销等医疗服务问题，直接关系到老百姓生命健康和就医感受。天津 12393 医保热线坚持传统服务方式和新型服务方式“两条腿”走路，实现医疗保障热线服务与“12345 政务服务便民热线”相衔接，探索实施“视频办”，为参保群众提供优质服务。截至 2023 年 10 月，热线平台以平稳运行 1.62 万小时，接通群众来电 215.52 万余通，人工服务接通率达 83.14%，群众满意度达到 99.70%；在线客服服务群众接起量达 28.52 万余通，满意度 99.80%。

四、工作启示

医保热线，是关乎民生、民心的工程。下一步，热线中心将坚持“为民办实事”，全力提升高质效服务能力建设，不断创新服务方式，积极拓展热线查询经办能力，最大程度解决群众困难，提升经办服务能力。为广大人民群众提供更高效、更优质、更便捷的医疗保障服务，不断增强人民群众的获得感幸福感安全感。

聚三力 行三做 落实三坚持 勇当新时代医保经办队伍建设先行者

浙江省宁波市海曙区医疗保障管理中心

宁波市海曙区位于核心区域，基本医保参保 75 万人，定点医疗机构、零售药店、长护机构 591 家。近年来，海曙区医疗保障管理中心秉持“医保服务助力营商环境”的“大服务”理念，积极践行“服务惠民生、监管保安全、团结比奉献、创新争一流”，打响了具有海曙辨识度的“卓越医保”品牌。户籍人口基本医保参保率达到 99.85%，年医保事项经办量超过 52 万件。

一、思路目标

党的二十大报告指出：“要坚持德才兼备、以德为先、五湖四海、任人唯贤，把新时代好干部标准落到实处，坚持不懈建设忠诚干净担当的高素质专业化干部队伍……”医疗保障事业的发展，重点在人，关键在队伍建设，海曙医保“聚三力 行三做 落实三坚持”，努力培养一支懂专业、能创新、敢担当的新时代医保经办队伍，为全区医保事业高质量发展提供有力的组织保障。

二、主要做法

（一）以“三力”夯实干部基础能力，做懂专业的医保人。

1.以学发力，提升队伍履职能力。健全学习机制，聚焦思想政治、政策法规、服务意识等内容，建立线上时时学、线下集中学的常态化培训制度。依据岗位职责建立学习小组，开设“医保护力”大讲堂，让每位经办同志走上讲台，开展案例解析、政策解读、流程重塑，吃透国家、省、市文件政策的指导精神和业务内容。

2.以练发力，强化队伍综合素质。以“窗口考级制”为抓手，通过师徒结对、传帮带等形式，打通报销、生育、参保等业务壁垒，打造全科型、专业型经办队伍。围绕医保 24 个服务事项设置 71 种综合服务场景，在窗口、热线、导服等不同岗位设置相关问题并现场模拟实

操，以此提升队伍应急处突能力。

3.以比发力，激发队伍工作干劲。围绕“岗位练兵优服务，业务比武强规范”全国练兵比武活动，制定海曙具体实施方案，建立线上数字化题库，全区三级医保经办人员近400人“日日学、周周练、月月比”。我中心选派骨干，连续三年取得全市行政办事员技能大赛冠军，为建设“窗口通才”和“全科人才”提供坚强人才保障。

（二）以“三做”提升干部服务内力，做能创新的医保人。

1.在效率上做文章，让医保之声“不断线”。开设“拨一拨就灵医保灵”24小时咨询专线，为市民提供“全天候、全方位、全程式”跟踪服务。通过专线接听，数字化平台流转，所有业务均可以在30分钟内实现回复答疑，极大方便了市民业务办理需求。自专线设立以来，日均接听咨询电话260个，群众满意率达到99.9%。

2.在流程上做亮点，以“三窗三色”拓展便民服务。一是“志愿红”全程领办，开展“跑企业送政策”、“个体工商户服务月”等活动，实现“企业在哪，医保服务在哪”。二是“帮扶绿”全域畅办，开展“政务云”远程帮办，探索打造基层医保服务元宇宙办事模式。三是“温馨黄”全线陪办，聚焦特殊群体和困难群体，在正常医保事项办理之外，为他们设立专窗，提供专属陪办服务，解决急难问题。

3.在服务上做创新，以“焕然医新”延伸救助触角。实施“焕然医新”服务项目，为医疗救助家庭提供政府救助之外的资源链接叠加等专业服务。全面梳理5000余名医疗救助对象信息，围绕病种、医疗费、问题需求等形成初步画像，通过回访沟通、服务跟踪、协商会诊等，形成“一库五制”的运行机制，收集困难需求600余个，服务救助对象家庭2632次，覆盖率达100%。

（三）以“三坚持”统领干部队伍建设，做敢担当的医保人。

1.坚持系统管理，注重严管与厚爱。坚持把纪律和规矩挺在前面，对苗头性倾向性问题及时提醒纠正，通过开展风险点排查、签订责任状、抓好制度“废改立”工作，严格干部队伍教育监督管理。打造廉政文化墙、拍摄《传承·医保人生》清廉微视频，推动清廉文化入脑入

心。建立容错机制、完善考核制度，用充满温度的“关心信任”最大限度地激发干部干事创业的内生动力。

2.坚持系统培养，统筹全面与重点。打通队伍交流链，坚持干部职工“一盘棋”，实行年轻干部窗口一线学、优秀干部挂职锻炼学，培养多岗位锻炼、全方位历练的成长复合型干部。用好“医保守护力”大讲堂，邀请律师、医生等各领域专业人士，提升经办队伍的思想认识、理论素养和业务能力。

3.坚持系统谋划，兼顾当前与长远。坚持正确选人用人导向，始终把政治标准放在首位，提高选人用人精准性。机构改革以来，中心已经有 21 位干部得到职务职级晋升，占总人数的 88%。制定编制外人员管理办法，抓实派驻人员和编外人员源头管理、规范管理、联合管理，推进编制外人员管理提质增效。

三、具体成效

宁波市海曙区勇当新时代医保经办队伍建设先行者，“三力 三做 三坚持”活动实施以来，谱写了经办服务改革发展新篇章。

一是团队凝聚力更强。积极开展各类争先创优，在创建中形成标准规范，凝聚团队共识。先后荣获浙江省医保系统先进单位、全省首批医疗保障服务窗口示范点并报送国家医保局、省巾帼文明岗、市经办工作先进单位、区政务服务先进集体等荣誉称号，党支部获评宁波市五星级基层党组织称号。

二是队伍向心力更足。通过党员引领和先进选树，在干部职工中树立一面无形的旗帜，牢牢加强经办队伍改革攻坚“向心力”，不断提高担事任事能力。10 位同志分别荣获浙江省医保系统成绩突出个人、宁波市最美医保人、宁波市医保系统抗疫先进个人、海曙好人、海曙区最美退役军人等荣誉称号。

三是群众获得感更高。从“专窗”到“通办”，从不同业务问不同人到“一口清”“问不倒”，从事后反馈到立刻办、马上办，经办队伍能力提升极大提高了群众办事获得感。窗口平均办件时长从 15 分钟减少至 5 分钟，等待时长从 30 分钟减少至 8 分钟。收获群众表扬感谢 150

余件，外省来甬的谢师傅激动地说“走过很多医保窗口，海曙医保是最令他感动的。”

四、启示

医保经办工作需要坚定的政治品格、过硬的专业素养和深厚的为民情怀。在数字化改革、智能化应用不断迭代的今天，让群众感受到经办速度的同时，更要感受到医保温度和社会温情。

一是以政治训练“铸魂”。常态长效抓好党的创新理论学习，提升党性修养，守正创新，踔厉奋发，不断开创海曙医保事业发展新局面。时刻培育“忠诚、为民、勤勉、廉洁”的价值理念，点滴关注困难群体和“一老一小”，厚植医保情怀。

二是以专业培训“赋能”。通过岗位练兵等载体形式，实施医保经办专业化能力续航行动，分层分类开展政策业务、财经法治、礼仪素养、心理健康等专题培训，不断提升队伍专业能力素养，让服务更有温度、群众更感温暖。

三是以大战大考“练兵”。有计划地把年轻干部放到窗口改革第一线，借助主题教育等契机，积极开展各类争先创优活动，打造过硬骨干队伍。此外，在创新创优中，完善内部管理，凝练服务亮点，促进经办标准化，不断提升医保事业的高质量发展。

夯基提能练精兵 “三力”铸魂亮锋芒

四川省宜宾市医疗保障局

为深入学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，严格落实国家、省局关于开展医保经办练兵比武的相关部署要求，宜宾医保坚持人民至上，紧扣医保经办特点，以练兵比武为契机，打通市县镇村经办堵点，将练兵比武实效层层赋能至经办一线，锤炼出一支政治忠诚、业务精湛、作风优良的医保队伍，让练兵比武真正走出考场、走向实践、走近群众。

一、思路目标

宜宾位于四川盆地南缘，地处川、滇、黔三省结合部，是川南经济区、成渝双城经济圈的重要节点。全市面积 13283 平方公里，辖 136 个镇、2101 个村，全市基本医疗保险参保 461 万人，幅员辽阔，人口稠密，参保基数大，医保经办服务压力大。随着经济不断发展和市县镇（街道）村（社区）四级医保经办网络广泛铺开，参保群众对医保经办服务提出了更高的要求。宜宾医保以练兵比武为契机，结合全市医保经办网络建设，以政策为先导、以实战为抓手，将医保经办练兵比武深入到乡镇（街道）、村（社区），锤炼出一支“接地气”“冒热气”的过硬医保队伍，让练兵比武实效真正惠及参保群众。

二、主要做法

（一）夯基垒台，“三精”引领，激发“向心力”

层层明确任务、逐级压实责任，激发全市各级医保系统“向心力”。一是精心部署，健全机制。局党组高度重视，主要领导靠前指挥，成立“宜宾市医保经办系统练兵比武活动组织委员会”，周密制定《宜宾市医保局练兵比武工作方案》和《练兵比武培训方案》，为全市医保经办练兵比武高位推进夯基垒台，凝聚全市医保系统合力，形成上下联动、多方统筹、协调推进的工作机制。二是精密统筹，高效联动。搭建市县高效联动机制。市级组织委员会下设综合协调组、业务技能

组、宣传报道组、后勤保障组四个专项工作小组，紧盯时间节点、关键环节，精心统筹做好各项筹备、组织实施、练兵督导和考核通报等工作，全面统筹把握全市医保经办练兵比武质效；县（区）落实练兵比武联络机制，形成高效联动市级、协调推进县（区）、精心指导镇村的上下联动态势，实时保障练兵比武活动全局在握、重点调度、细节控场。三是精准对标，砥砺前行。线上集中学习先进省、市（州）练兵比武选拔赛、决赛经验，重点对标现场比武形式、重点环节、比武效果等，完善练兵比武方案；线下多方探讨比武细节，并在县（区）开展比武试点，运用先进经验、打磨关键环节，为全市医保经办大比武高质高效开展提供参考范本。

（二）上下联动，“三学”赋能，强化“渗透力”

打通练兵堵点难点，层层赋能，将练兵比武实效渗透到各级医保系统、各个业务环节。一是锚准方向，重点学。组织全局业务骨干结合宜宾医保经办特点，对政策文件再收集、再整理、再充实，梳理党的建设、参保缴费、门诊共济、待遇享受、基金支付、异地就医报销、支付方式改革等知识点，突出重点方向，明晰学习脉络，统一编印学习资料，人手一册，为练兵实效保驾护航。二是四级联动，纵深学。开设市县镇村四级联动的“医保大讲堂”，邀请业务专家、业务骨干以讲促学，通过集中学、专题学的模式，打破科室间业务壁垒、镇村学习堵点，实现了培训层级全覆盖，提高参赛选手知识体系的深度和广度，推动理论和实践相结合、工作与学习相促进。目前全市共组织95场“练兵比武”专题培训，覆盖1049人。三是轮岗轮练，互助学。建立县（区）、镇村选手业务轮岗轮练机制，以“每周一轮岗、每周一实操”的方式，由业务骨干带学带练，提高选手实操水平；建立互助小组，通过集中学习探讨，细比照、找差距、明方向、强动力，激发互助共进的学习氛围；建立“两两结对”、互帮互助制度，针对镇村参赛选手医保知识薄弱的特点，由县局参赛队伍对接镇村选手，结对互助，拉帮传带，提高选手知识储备和比赛能力。

（三）淬火成钢，“三实”塑魂，锤炼“战斗力”

坚持以提升医保为民服务能力和培养窗口服务综合素养为重点，将练兵比武与全市医保经办网络建设结合起来，以强实训、强实操、强实战的方式，全面备赛、实战塑魂。一是实训托底。依托“四川省医保经办系统练兵比武学习平台”，开展医保经办服务事项集中培训，以“专题学、跟学练、自主练”的模式，达到学练结合，以学促练、学用相长的效果。二是实操提能。针对医保经办政策多、环节细、流程繁等特点，结合医保业务开展经办服务事项实操培训，以县（区）选手窗口学、镇村选手跟班学的方式，深入经办一线，直面真实案例，提高比武实战能力，提升医保经办服务水平。三是实战淬炼。压实“一周一专题、一周一测试、一周一分析、一周一研讨”训练模式，开展全市“大练兵”实战比武，主要领导亲自命题，机关纪委全程参与，全市各级选手模拟比武，还原真实比赛场景，摸清实战水平，量身培训拔优，角逐出一批业务精通、实战出色的参赛选手和队伍。目前，已组织3场全市“大练兵”实战比武。

三、工作成效

宜宾医保坚持以人民为中心的发展思想，围绕“练兵比武强技能、医保服务惠民生”的主题，精准发力，以学促练，以练促用，取得了全方位、多维度的练兵实效。

（一）夯实队伍之基，便民体系更加坚实。宜宾练兵比武活动面向各级医保经办工作人员，不限制岗位和人员类别，纵向深入到乡镇（街道）、村（社区），实现了市、县、乡镇（街道）、村（社区）四级全覆盖。目前全市共组织127场“练兵比武”专题考试，覆盖3536人次，为宜宾经办便民服务体系深入提质奠定了坚实的队伍基础。

（二）强化技能实效，服务水平再上台阶。通过轮岗轮训、实战考核等多维度练兵比武，培养出了一批政策“一口清”、业务“一窗办”、服务“一站式”的医保精兵强将，使宜宾医保服务水平再上一个新台阶。

（三）创新学习路径，基层建设蓬勃有力。宜宾练兵比武活动过程中，各级医保干部职工齐心协力，专研打磨，创新学习方法、服务手段，如镇村窗口跟班学、县镇干部结对学等，打破了层级学习壁垒，

创新性地为基层医保队伍建设提供了新路径。

四、工作启示

（一）坚持统筹协调，凝聚系统合力。要坚持全面统筹、层级结合，形成市县乡镇四级医保系统合力，引领全系统干部职工齐心协力，勇毅前行，奋力推动医保事业高质量发展。

（二）聚焦民之所向，根植为民情怀。要坚持人民至上，强化为民担当，紧扣医保特点，聚焦群众需求和便民服务难点堵点，将为民服务情怀转化成医保服务提质的强大动力。

（三）立足医保之基，锤炼精兵强将。要坚持铸魂提能，重抓干部培训，树立“一盘棋”思想，层层抓实各级医保干部职工培训工作，锤炼出一批业务精、能力强、作风好的精兵强将。

e 站学习增引擎 经办服务强动能

安徽省亳州市医疗保障局

为提升医保经办人员综合素质，打造高水平医保经办队伍，为群众提供高质量的暖心服务，亳州市医保局立当下、谋长远，上线运行“医保服务能力提升 e 站”，通过学思结合、学用贯通、知行统一，为医保服务能力提升增加了新动能，为医保队伍建设探索了新路径，为我市医保行风建设稳居全省第一方阵提供了新引擎。

一、思路目标

为深入学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想，亳州市医保局适应新形势医保服务需要，创建“教、学、管、考”等功能的“医保服务能力提升 e 站”（以下简称“医保 e 站”）。通过全市医保经办干部职工及医药机构从业人员线上“充电”，为医保经办队伍建设提供能力支撑，努力实现“以学促思、以学促改、以学促建、以学促效”的目标，不断推进医保经办服务向便捷、优质、精准、高效发展。

二、主要做法

（一）创新为先，精心组织高效化。亳州市积极创新医保经办能力提升方式方法，成立工作专班、开展基层调研、广泛征求意见、反复研究会商、明确设计方案，公开招标第三方专业力量，历时数月，完成“医保 e 站”系统开发上线，并根据使用反馈意见及时优化调整。2022 年 10 月，亳州市举行了“医保 e 站”上线仪式，市政府负责人作动员要求，市县（区）医保经办机构、定点医药机构代表积极表态，媒体广泛宣传，营造了良好的学习参与氛围。

（二）严谨研发，系统设计人性化。“医保 e 站”设置“学习要求、我的学习、e 站智库、在线测试、结果运用、医保论坛”等 6 大板块 18 个一级栏目，提供 PC 端和手机端两项登录渠道。学员可电脑搜索亳州医保局官方网站，选择“医保 e 站”菜单登录，也可手机搜索“医保 e 站”微信小程序登录。医保经办人员、定点医药机构从业人员登

录后，轻松进入“我的学习”界面，根据目录索引，选择课程在线学习，后台自动统计学分。

（三）全量归集，学习资源丰富化。“医保e站”陆续维护导入六类学习课件306个，涵盖时事政治、政策法规、专题培训、典型案例、经验做法、测试题目，做到应归尽归。同时明确专人更新内容，定期维护，动态调整，让“医保e站”真正成为具有权威性、全面性、价值性的医保在线学习平台。目前“医保e站”共有学员2.8万余人，参学率达95.8%。

（四）互动交流，释疑解惑精准化。“医保e站”设置互动交流专栏，明确“收、签、办、回”机制，即局办公室统一接收登记、分管领导签批、业务科室分办、办公室统一回复，畅通了沟通桥梁，及时释疑解惑。同时，办公室每月开展统计分析，对具有普遍性的问题专题研究，明确牵头业务科室，结合“四下基层”活动，深入基层一线，开展经办业务培训指导。系统上线以来，论坛共接到各种医保业务咨询37件，均及时予以回应，并针对普遍性热点问题，开展基层专题培训7次。

（五）推动实践，成效检验具体化。“医保e站”建设的成效最终需要医保经办服务的提升和群众的满意作为评判标尺。市医保局按照干什么就学什么、缺什么就补什么的原则，有针对性的开展“医保e站”建设学习。通过“时事政治”栏目的学习，经办人员更加系统的学习领会习近平总书记重要讲话重要指示批示精神和党中央关于医疗保障事业发展的战略部署，更好的理解医保政策制定的深层次背景，防止出现机械、片面落实政策的行为。通过“政策法规”栏目的学习，系统掌握医保法律法规和政策体系，并可以随用随查，有效提高了工作效率，防范政策执行不精准情形。通过“典型案例”的学习，实现了“以案示警、以案说法、以案明纪”目标。在全省医保系统信访练兵比武中，我市经办人员获得团体和个人第一名佳绩；在全省医保行风建设评价中获得“优秀”档次；在全市医保经办业务擂台赛上，涌现出一批优秀团队和经办能手，得到社会广泛赞誉。

（六）突出导向，结果运用常态化。通过“在线学习、专题测试、每月一测”等方式，总结分析学习情况，并依据学习成效对“参学人员、医保部门、医药机构”实施分类考核。对参学人员，按照年度学分划分“优秀、良好、合格、不合格”四个等级，对“优秀”学员颁发“优秀”学员证书，作为年度评优评先重要参考，对“不合格”和未正常参学人员全市通报批评，对医保医师违规扣分可使用学习积分抵扣。对医保经办机构，根据年度辖区学习平台推广使用情况，评选优秀组织奖，与年度医保综合考核、医保行风建设和医保能力提升补助资金直接挂钩。对“两定”机构，从业人员参学率95%以上、合格率90%以上，颁发优秀组织单位证书；对于参学率、合格率较低导致服务水平不高、群众反映较大的医药机构，加大监督管理力度，予以重点帮助提升。

三、取得成效

（一）强化了责任认识，做到以学促思。通过“医保e站”“时事政治”中习近平总书记关于医疗保障工作的重要论述精神，以及党中央关于医疗保障工作重要部署的学习，医保经办人员从思想认识上树立了“小窗口、大责任”医保服务意识，把参保人当家人，积极主动化解医保经办工作中的痛点、难点和堵点，切实增强做好医保经办工作的责任感和使命感。在近年省、市第三方医保行风建设评价中，医保经办人员综合素质得分均位居“优秀”档次。

（二）提高了政策水平，做到以学促改。通过“医保e站”的推广学习，医保经办人员和“两定”机构从业人员学政策、知政策、用政策，自觉规范经办事项、办事流程、办结时间，实现了人人懂业务、人人能办业务、前台后台一体化，彻底改变了经办服务不优的问题，努力打造人民满意的医保经办服务窗口。在省、市医保经办擂台赛上，市直和县區代表队“开口能说、问策能对、遇事能干”，整体呈现出较高的政策素养。

（三）促进了行业自律，做到以学促建。通过“医保e站”典型案例等警示教育，医保经办机构建立健全了内控管理制度，经办人员和定点医药机构从业人员强化了宗旨意识、廉洁观念，树立了严守廉政

纪律和财经纪律的红线意识，做到“业务学习”与“行风教育”两不误、相促进，营造了风清气正的良好氛围。今年以来，全市医保经办人员未出现违法违规行爲，树立了良好的医保形象。

（四）提升了群众满意度，做到以学促效。“医保 e 站”正式上线以来，成为全市经办人员的知识库、交流站、答题卡。经办人员通过学习，规范了服务行为、提高了服务效率、减少了出错几率，着力解决医保服务领域群众“急难愁盼”问题，赢得了群众的口碑，提升了参保群众的获得感和幸福感。近年来，全市医保经办窗口群众评价满意率始终保持在 99% 以上。

四、工作启示

（一）注重标本兼治，多做打基础、利长远之事。医保经办服务事关千家万户和群众切身健康利益，是落实党的医保惠民政策、释放改革红利的最直接体现。全市医保经办机构成立时间不久，干部来源复杂，能力水平参差不齐。创建“医保 e 站”就是为了规范教育培训、转变服务理念、打造高素质的医保经办队伍，从思想认识上解决服务不优、效率不高的问题，切实为医保事业的发展夯实基础。

（二）坚持改革创新，善谋建队伍、促发展之策。现代信息传播技术的迅猛发展和广泛应用对医保经办队伍建设是个重大机遇。我们创建“医保 e 站”，就是根据终端和覆盖人群特点，通过多渠道、多形式的传播，增强用户的学习体验和参与度，不断探索和拓展数字化赋能医保经办服务的途径。只有保持开放创新思维，通过对信息化技术的应用，提高学习教育的互动性和参与度，敢于尝试、勇于突破，更好的适应医保经办队伍建设的新形势、新要求。

（三）突出上下联动，汇聚全系统、全领域之力。在“医保 e 站”建设中，亳州市汇聚各项资源，致力打造“政策平台、知识平台、服务平台”，丰富服务功能，提升经办队伍素质。在学习应用过程中，实现了市县医保系统联动、定点医药机构全覆盖，下一步还将适时向社会公众开放，努力构建群众走进医保、了解医保、监督医保的聚合体。

开展“医保管家 合你同行”服务品牌 创建助力医保经办效能提升

重庆市合川区医疗保障事务中心

为进一步加强医保经办服务能力建设，持续提升医保经办服务效能，重庆市合川区医疗保障事务中心以解决群众“急难愁盼”问题为导向，以打造“15分钟医保服务圈”为目标，以“医保管家·合你同行”服务品牌创建为载体，建强队伍体系、提升能力水平、改进工作作风，全力打造素质高、业务精、政策通的“医保管家”队伍，扎实推进医保治理体系和治理能力现代化。

一、思路目标

（一）坚持“问题导向”，切实“把脉问诊”

作为机构改革后新组建的部门，医保系统在经办服务上普遍存在体系不健全、人员力量弱的问题。特别是对于农村地区来说，医保服务仍是“触不可及”，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“明白人”，如何解决好现有人力与高质量服务需求之间的矛盾，对医保部门提出了新的更高要求。

（二）坚持“目标导向”，切实“开方抓药”

中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》对加强经办能力建设提出明确要求：要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。这为我们进一步理清加强医保经办能力建设思路，积极构建一个健康的“肌体”，指明了方向，提供了遵循。

（三）坚持“结果导向”，切实“治病强身”

通过开展“医保管家·合你同行”服务品牌创建，积极构建“15分钟医保服务圈”，全区建成1个区级医保大厅、30个镇（街）医保服务站、419个村（社区）医保便民服务点、2个驻医疗机构医保服务站、63个邮政、农商行医保服务站，初步建立起“纵向到底、横向到边”

的医保经办服务网络体系。

二、主要做法

（一）抓力量“整合”促共建，扩大“蓄水池”

一是坚持党建统领。始终把党的领导贯穿医保经办服务能力建设全过程，坚持党管队伍、党管人才，将 1500 余名医保干部、专兼职人员全部纳入“医保管家”队伍，借助全区综治平台进行统一管理，建立人员信息动态更新机制、工作任务分派机制、办理结果反馈机制，努力形成工作闭环，确保责任到人、运转高效。二是开展政企合作。完善与商业保险公司合署办公机制，设立合署办公中心，用活 19 名合署办公人员。探索与金融机构、邮政部门合作，在 30 个镇（街）重庆农商行网点和邮政服务点设立医保服务站，设置医保服务窗口，配备兼职人员 63 名，配合开展医保业务咨询、信息查询等工作。将 150 名邮政快递员发展为“医保助手”，走村入户开展帮办代办、指导群众及时参保和享受待遇。三是用好基层力量。在村（社区）组建以“村两委干部、本土人才、乡村医生”为主体的“医保管家”团队，达到 1300 余人。医保管家对辖区群众建立“一户一档”，对脱贫户、低保户、五保户等特殊群体建立动态管理台账，对“两病”患者建立就诊用药台账，实现精细化分类管理。

（二）抓能力“融合”提素质，练就“好本领”

一是练兵比武实战化。按照“全员参与”原则，锚定各层级经办工作职能和岗位职责，采取线下学习培训、线上模拟操作相结合的方式，有针对性开展岗位练兵。分镇（街）赛、片区赛、全区赛三个阶段，采用书面测试、现场比拼等方式，组织开展全面比武，积极营造“比学赶超”的良好氛围。二是业务学习常态化。常态化开展“业务大讲堂”“双周学习会”“下班半小时业务学习”活动，为干部职工搭建交流平台，让业务骨干轮流上台讲政策、讲业务，提升干部职工履职尽责能力，着力打造“四能”干部队伍，在区级医保大厅实施综合柜员制，所有医保业务实现“一窗通办”奠定坚实基础。三是全员培训精准化。制定培训计划，采取“线上+线下”“集中授课+现场指导”相结合的方式，

对定点医药机构、“医保管家”“医保助手”分别开展医保相关政策知识、基金监管、医保信息系统操作等专题培训，实现业务培训全员化、精准化。

（三）抓机制“聚合”强规范，铸强“硬内核”

一是推进经办规范。严格落实医疗保障经办政务服务事项清单制度，推行医保经办服务事项清单管理，落实经办政务服务事项“四最”“六统一”要求，精简办事流程 16 个，减少办事资料 9 项，取消不必要的环节和手续，缩短办事时限。二是完善服务制度。严格落实首问责任、一次性告知、限时办结等服务制度，推行文明服务，提高服务效率。建立监督机制和投诉处理机制，落实“好差评”制度，实现服务事项全覆盖、评价对象全覆盖、服务渠道全覆盖。三是开展星级评定。研究制定“星服务”星级评定办法，对综合柜员从日常行为、服务质量等方面进行综合考核，评定结果在服务大厅进行公开展示，接受群众现场监督，并作为年度评先评优以及晋升职务职级的重要依据。

（四）抓数字“智合”提效率，跑出“加速度”

一是扎实推进数字医保改革。围绕“医药服务”核心业务，积极谋划开发“药品招采管理”一件事应用，努力实现医保智管、机构智治、医药智服，从而更好服务群众、服务企业、服务医疗机构。二是大力推行“网上办”。按照全市的统一安排部署，积极构建以渝快办 APP、重庆医保 APP、重庆医疗保障微信公众号为主体的线上服务渠道，实现 64 项高频服务事项“网上办”，网办率达到 90.14%。三是积极推广“自助办”。在医保经办机构、区直医疗机构配备 82 台医保自助服务一体机，为参保群众提供医保信息查询、医保电子凭证激活、参保缴费凭证打印等自助服务。积极推广应用医保电子凭证，全区 62 万人激活，1200 余家定点医药机构开通扫码结算，2 家医疗机构开通医保移动支付。

三、取得成效

一是群众办事更便捷。通过实施综合柜员制，在区级医保大厅建成 15 个综合窗口，108 项医保业务实现“一窗通办”，群众办事时间平

均缩短三分之一。着重健全镇（街）、村（社区）医保经办服务体系，分别下沉 16 项、12 项高频政务服务事项，实现群众在家门口问医保、办医保，打通服务群众“最后一公里”。邮政、农商行网点等医保场景的拓展应用，对医保服务形成有效补充，为 2 万余人次提供医保政策咨询、医保信息查询等服务。

二是服务质量更优质。通过开展“医保管家·合你同行”服务品牌创建，医保干部队伍业务经办更专业、流程操作更规范、工作作风更扎实，提升了群众办事的体验感，增强了群众对党和政府的认同感。仅 2023 年，就收到书面感谢信 45 封，群众满意率达到 100%。

三是干事创业更积极。医保干部队伍主动担当、主动作为，形成敢干事、能干事、干成事的生动局面，医保各项工作得到区委、区政府和市医保局的充分肯定，领导班子连续 3 年获得区委区政府考核优秀，医保工作获得“优化医保领域便民服务”市级督查激励，连续多年走出县（处）级干部，累计达到 8 名。

四、经验启示

一是必须坚持党建统领。东西南北中，党是领导一切的。做好新时代医疗保障工作，必须坚持党的领导，必须始终以党建统领目标管理和问题管控，重构体系、重塑能力，构建党建统领整体智治体系，以高质量党建引领医疗保障事业高质量发展。

二是必须坚持人民至上。加强医保经办能力建设，必须坚持以人民为中心的发展思想，聚焦基层医保服务痛点、难点、堵点问题，为人民群众提供更加优质、高效、便捷的医疗保障公共服务；必须坚持统筹城乡一体化发展，畅通基层医保服务网络，统一基层服务事项，确保基层医保经办管理服务公平可及。

三是必须坚持改革创新。医保部门因改革而生，医保经办服务面临社会协同不够密切、参与度不够高的问题。加强医保经办能力建设，必须坚持改革创新，加强与两定机构、大病保险承办单位、合作银行等第三方社会力量战略合作，拓宽基层医保服务渠道，延伸基层医保服务网络。

综合施策强能力 精心培育明白人

——青岛医保部门全面提升经办队伍业务水平

山东省青岛市医疗保险事业中心

一、思路目标

近年来，医疗保障在惠民生、保安全、促发展等方面发挥的作用越来越凸显，特别是党的二十大报告聚焦完善多层次保障体系、落实异地就医结算、长期护理保险制度建设等内容给医保提出了新目标、新任务，医保系统自上而下密集地出台了系列新政策、新举措，医保经办作为政策落地的“最后一公里”，是检验医保制度运行质量的关键要素。为政之要，唯在得人。医保经办队伍建设是提升医保经办服务水平的根本保障。中共中央国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》指出，要加强经办能力建设，打造与新时代医疗保障公共服务要求相适应的专业队伍。青岛医保部门针对目前经办队伍中存在的人员配备不足、队伍老龄化严重、专业能力不强等问题，积极探索、主动作为，以主题教育、“作风能力提升年”等活动为契机，通过党建引领、扩充队伍、全员练兵、行风建设等措施，全面提升医保经办队伍能力水平，护航青岛医保事业和经济社会高质量发展。

二、主要做法

一是党建引领，创新方式办实事。贯彻党的二十大精神，火热开展学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想主题教育，以党建引领全面加强经办队伍作风能力建设。创新建立“党委-支部-个人”三级联动学习机制，党委落实“第一议题”制度，支部开展“每周一读”，个人坚持打卡“日读”，实现了常态化理论教育全覆盖，医保经办队伍思想水平、政治站位、党性修养明显提升。在全系统大兴调查研究之风，紧密贴合工作实际开展“医保干部进基层”“医保政策进万家”“走流程、找堵点”等专项行动，走访定点医疗机构 98 家、医保工作站点 71 个、药店和企业 53 家，在一线挖掘群众办事难点、痛点，通过加强医保

经办管理、整合医保服务资源、优化业务办理流程等措施，聚力破解了医保咨询电话难打通、结算清单看不懂、群众政策知晓度不高等难题 200 余个，推动医保经办服务能力水平明显提升。

二是扩充队伍，提升经办战斗力。聚焦医保经办服务能力提升，在全省率先建立“医疗保障专家库”，吸纳定点机构、高等院校等领域专家 100 余人，为我市医保工作建言献策、把脉问诊，并制发了经办规程，规范专家的准入、使用、退出等日常管理。组建了一支近 7000 人的“医保明白人”队伍，包含医保经办机构、定点医药机构、参保企业、合作银行网点、基层社区等各领域人才，组织培训 100 余场次，开展集中宣传活动 66 场次，有效畅通医保服务渠道，提高了群众对医保政策、业务办理流程的知晓率。引入第三方参与医疗保险经办服务，从事业务受理、电话接听、政策咨询等辅助性工作，极大缓解了一线经办压力。制定第三方经办人员管理办法及合作单位考核办法，进一步明确管理要求，提高第三方人员的经办服务能力水平。

三是全员练兵，丰富培训强本领。联合青岛市委市直机关工委、市总工会高标准举办医保经办练兵比武活动，在全市层层开展严格的选拔测试，推选的 9 支代表队 27 名选手在赛场上展示出过硬的业务素质和优秀的作风能力，直播围观量近 40 万人次。建立了全员练兵能力提升机制，全市有 6900 余名一线经办人员注册了“医保云练兵”小程序，每日进行学习答题，定期通报学习情况，开展能力测试，在全系统形成了浓厚的学习氛围，大大提升了医保经办人员特别是基层医保工作站点一线服务人员的业务能力。另外，针对本年度重点工作、新政策落到地等内容，提前制定培训计划，采取经办能力提升班、专题业务培训班、腾讯会议、钉钉会议等灵活多样的形式，由业务骨干从政策依据、经办标准、受理渠道等多角度对重点业务进行轮讲与实操训练，持续提升医保队伍能力水平。

四是抓实行评，提高发展软实力。医保系统行风建设水平直接影响着人民群众对医保事业乃至整个经济社会的体验感和满意度，青岛医保部门始终将全系统行风建设作为提升医保业务能力的重要抓手，

坚持刀刃向内、自我加压，参照国家局、省局模式，在全市医保系统开展行风建设专项评价工作。不断完善工作机制，变“被动迎检”为“主动自检”，成立由主要领导任组长的行风建设领导小组，制定了本地化评价指标体系，确保国家、省、市重点目标落地；持续加大测评力度，变“集中测评”为“常态化评价”，引入第三方专业团队，每季度开展一次医保服务全覆盖检查，发现问题即查即改。进一步强化结果应用，变“单一考核”为“综合应用”，日常测评一并纳入年度评价结果，全市通报并与区市年度基金预决算挂钩，推动全系统行风建设水平持续提升。

三、工作成效

一是干部队伍作风能力明显提升。中心自成立以来，始终不断加强干部队伍建设，综合施策锤炼一支讲政治、专业强、作风硬的经办队伍。特别是在深入贯彻党中央关于健全基本公共服务体系的总要求下，医保经办服务网络和服务触角不断向基层延伸，全员练兵、行风建设等措施的深入实施，为一线经办人员赋能提供了有效途径，使得干部作风能力实现整体提升，取得了诸多荣誉，中心被授予“全省抗击新冠肺炎疫情受省直部门表彰先进集体”称号；生育和护理保险处被评为“全国医疗保障系统先进集体”；市南分中心获评“市直机关五星级示范党支部”。

二是医保经办服务水平明显提升。医保经办队伍作风能力的持续加强，直接促进了我市医保经办服务水平的提升，医保参保扩面、咨询电话服务、异地就医结算等工作成效明显；基层服务网络建设、定点机构精细化管理等基础不断完善，网办掌办、“零跑腿”等便民服务持续优化，多项经办工作获得上级表彰肯定，长护险多次获中央深改办、国家局“改革先行者”“支持决策、引领改革、提供样板”等肯定批示，黄华波副局长对我市 DRG 系统上线运行情况给予肯定性批示，《中国医疗保险》杂志刊发《全面摸排，精准施策——青岛夯实全民参保底数之基》经验做法等等。

四、经验启示

一是党建引领是核心。党的二十大指出，要把党的领导落实到党和国家事业各领域各方面各环节。坚持党建引领，推进“党建+经办”深度融合，是医保部门学习贯彻党的二十大精神的重要举措。以党风引领行风建设，全面加强我市医保系统行风测评督导力度，推进行风建设提质增效；以内控夯实廉政建设，深化经办领域风险点排查，完善内控管理体系，保持队伍的先进性、纯洁性。通过系列具体措施，有效提升经办队伍的“凡是讲政治”的站位和水平。

二是分类施策是关键。经办队伍建设中存在的问题是方方面面的，在实践中，我们坚持问题导向，精准发力提升能力水平。比如针对队伍老龄化问题，深入实施“导师带徒”和“岗位练兵”行动，做好队伍“传帮带”建设；针对经办人员力量配备不足问题，积极创新引入第三方力量参与一线经办，延伸服务至社区医保工作站、合作银行网点，既有效补充了经办力量，又方便群众就近办理业务；针对经办人员专业化不强问题，创新搭建了“医保明白人”和“医保专家库”队伍，扩大储备资源力量。

三是规范管理是保障。随着经办队伍能力的提升和外延服务的不断拓展，规范化建设成为高质量发展的必然要求。医保窗口第三方服务人员、医疗机构、基层服务站点从事医保工作人员在一线经办，其服务标准和能力直接关乎人民群众办事体验，影响政府部门形象。因此，我们坚持以“进了医保门，就是医保人”的原则，印发系列文件严格规范各行各业“医保明白人”的服务行为，以规范化管理提升队伍作风能力水平。

“比学赶超”强业务，“练兵比武”正当时 ——萍乡市深入开展练兵比武活动

江西省萍乡市医疗保险基金管理中心

十年树木，百年树人。为全面加强医保经办队伍能力建设，推进全市医保事业高质量发展，更好服务群众，萍乡市通过练兵比武的方式，旨在围绕“比学赶超”强业务，“练兵比武”正当时主题，培养一支政策精、业务熟、服务好、作风硬的医保“铁军”，即打造一支覆盖萍乡市现有7个县级以上经办大厅、58个乡镇（街道）、782个村（社区）的拥有151名业务骨干和785名岗位能手的高素质人才队伍，不断提高经办管理的专业度、服务供给的精准度和人民群众的满意度，提升医保经办服务品质，增强人民群众的获得感、幸福感和安全感。

一、主要做法

（一）做到“五个到位”，牢固夯实练兵比武基础。一是思想认识到位。统一思想，把练兵比武活动作为提升全市医保经办系统干部能力的重要抓手，注重全员参与。二是组织领导到位。成立“练兵比武”活动领导小组，定期开会部署，形成主要领导亲自抓、分管领导具体抓、各部门负责人协同抓的工作格局。三是方案标准到位。科学制定了《2023-2024年度萍乡市医保经办系统练兵比武活动方案》，精准梳理划分“两定管理、异地就医、内部控制、基金财务和其他类型”5个类别，确保练兵比武活动全岗位覆盖，确保实施有方案、组织有计划、落实有标准、保障有措施。四是宣传动员到位。通过服务窗口电子屏、微信公众号、官方微博、展板等方式宣传练兵比武活动，营造全员练兵比武的热烈氛围。结合“比学赶超”强业务，“练兵比武”正当时，主题宣传活动，加强对窗口一线工作人员的宣传力度，大力培树一批政治过硬、业务精通、作风优良的服务能手。五是检查督导到位。严格把关基层单位的练兵情况，统计每日答题情况，问训练要成果要成效，坚决杜绝形式主义，并将好经验好做法向全系统推介。

（二）抓好“四个结合”，全力确保练兵比武实效。一是抓好工学结合。线上进行“1+1”套餐学习。利用江西省医疗保障经办系统练兵比武大赛在线学习平台进行“每日答题”训练，方便医保经办干部利用零散时间随时学习，缓解工学矛盾；利用“赣政通学习群”，积极引导干部自发组织学习讨论，促进岗位练兵常态化。二是抓好讲学结合。以“科长大讲堂”为载体，结合“练兵比武”大纲题库，组织各部门业务骨干答疑解惑，帮助大家吃透题目，知其然更知其所以然，巩固学习成果。三是抓好比用结合。练兵比武不是纸上谈兵，萍乡市坚持“练什么、比什么”，精心设计比武模拟环境和演习场次，实现了比武和医保经办实务操作无缝衔接，达到学知识、比技能、强主业、优服务、促发展的目的。四是抓好奖惩结合。对练兵动力不足、成效不明显的单位和个人，严格按照考评方案予以处理，不断促进练兵积极性、主动性。对“萍乡市医保经办业务大比武”结果进行通报，对在比武竞赛中取得佳绩的单位和个人，在考核、晋级等方面予以优先，并与人才选拔培养规划相衔接，进行重点培养，将练兵比武活动与干部使用相结合，使干部对练兵比武活动有看头、有盼头、有劲头。

（三）强化“三个延伸”，纵深推进练兵比武开展。一是向基层一线延伸。在人员、层级、业务全覆盖的基础上，重点面向县级、乡镇窗口单位工作人员开展比武活动，带动基层服务水平全面提升，加强四级经办网络建设。利用练兵比武活动加强基层人才建设，深化“就近办”，“医银合作”扩点、“基层平台”下沉、“医院代办”前移、“同城通办”连片，让群众在身边享受便利服务。二是向重点群体延伸。向全市各医保服务渠道延伸，如加强对政务服务中心“12345”热线接线人员和医院药店从业人员的培训，将医保练兵比武的实效向全社会医保服务渠道扩展。三是向群众需求延伸。把群众满意不满意作为检验练兵比武实效的标准，对接群众需求，推进练兵比武与日常工作有机融合。继续精简事项优化服务，打通服务群众“最后一公里”，着力破解医保工作难点，解决医保服务群众堵点。

二、产生成效

通过练兵比武活动，大大提高了经办人员对知识、技能的需求和工作热情，营造了“相互学习、相互帮助、取长补短、共同提高”的良好氛围。

（一）实现了技能与素质同步增强。在练兵活动中，经办人员立足本职，自我加压，精练技能，业务素质明显提高，业务水平和服务质量得到提升，队伍整体克服务素质明显增强。通过对业务知识的学习，大多数经办人员对的理解更加透彻，把握更加准确，充分反映了大练兵活动的显著成效。练兵比武活动的持续开展，充分调动了干部学习积极性，激发了干部内生动力，实现了由“要我学”向“我要学”转变，由“阶段学习”向“终身学习”转变。

（二）参保人满意度得到显著提升。更好地服务参保人，增强人民群众的获得感、幸福感和安全感是比武练兵的根本目的。大练兵大比武对一线工作人员的素质提升有很大的帮助，规范了医保经办工作，提升了服务效率，赢得了参保人的好评。

（三）干部队伍形成良性竞争氛围。萍乡市医保经办系统练兵比武活动开展以来，正值门诊统筹、四级服务网络建设，全面推进支付方式等重大工作推进时期，面对标准高、节奏快、强度大的工作要求，各级医保经办励精图治、改革创新，取得新成绩，全面提升我市医保经办服务水平，补齐人员专业素质的短板，提升各级医保经办人员服务力量，让参保群众和定点医疗机构切实感受医保部门办事的便利性、规范性、高效性、完备性。

三、工作启示

士因习而勇，战因练而胜。萍乡市组织大练兵活动不搞“花架子”，突出应知应会、能力提升，注重全员参与，强调在岗实操，不指定教材，不搞突击学习、脱产培训和封闭训练，有效激发了干部学习的内生动力。服务民生没有止境，学习知识没有止境，练兵比武也没有止境。下一步，萍乡市将不断推动“岗位大练兵、业务大比武”活动向更深层次迈进、向更宽领域拓展、向更高水平提升，为实现医保经办现代化提供强有力的人才保障和智力支撑。