



民生服务有“温度”，民生福祉有“质感”

山东省深化医疗保障制度改革——

山东省医疗保障事业中心	
多点发力	
创新推动经办服务精细化智能化便捷化	
<p>山东省医疗保障事业中心以流程创新和技术赋能，打造高效便捷的政务服务环境，快速推动经办服务精细化、智能化、便捷化，服务质效实现跨越式提升，营商环境进一步优化，人民群众的幸福感和获得感与日俱增。</p> <p>优化流程做“减法”，办事效率再提速。率先在全国开展“四个最”“六统一”改革，山东省医疗保障事业中心认真落实医疗保障经办政务服务事项清单制，持续深化流程再造，简化办事手续。取消医保关系转移所需的参保凭证和联系函2项申办材料，省内转移接续时间由15个工作日压缩到9个工作日，跨省转移接续时间缩减至15个工作日。异地就医医保基金全面推行告知承诺制，结算更加便捷，实现免材料、免审核、即时结算、即时生效，一次备案长期有效。异地长期居住人员有效期内回参保地就医，可享受参保地医保待遇。发生急难抢救时，参保人员未办理异地就医备案的视同已备案，允许参保人员按“临时外出就医人员”待遇标准直接结算费用。实行医保经办流程再造以来，实现申办材料整体精简60.9%，办理时限整体压缩</p>	<p>76.8%，办事环节整体减少63.1%，服务事项纳入医保政务服务清单在全国推广实施。</p> <p>智能化建设做“加法”，政务服务再加码。山东省医疗保障事业中心主动靠前服务，智能化建设赋能，创新推行“免申即享”，优选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，由医保部门主动筛查触发业务流程，参保群众无需申报，通过相关部门数据共享，实现材料自动归集和业务智能办理。参保群众“无感”享受相应医保待遇。全面推行“医保服务事项一网通办”，医保服务事项全部上线“爱山东”公共服务平台，推动新生儿出生、员工录用、企业职工退休等“一件事”“一次办”，医保个人账户一次性支取等18个服务事项实现全市通办，生育保险待遇核准支付等9个项目实现跨省通办，有效减轻了参保群众负担，实现了医保服务“零距离”。建成全省统一的医保短信服务平台，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。截至目前，医保短信服务平台累计发送短信</p>
烟台市医疗保障局	

强化数据赋能 创新场景应用 让医保信息资源“活起来”

近年来，烟台市医疗保障局创新推进全国医保个人信息授权查询和使用试点城市建设，坚持安全第一、规范管理、“链”赋能，实现“价值数据上链、个人链上授权、机构链上使用、全程链上监管”，打造了医保个人信息授权查询和使用新模式。

健全管理机制，让数据聚合赋能。完善分级分类制度。烟台市医疗保障局制定《烟台市个人信息保护和数据查询和使用管理办法》，将个人信息划分为11大类、74个信息项、3个敏感级，夯实数据安全基础。

健全授权机制，让数据流动有序。让参保人“知数”。烟台市医疗保障局整理637万条参保人数据，形成个人数据资产中心，参保人可自行掌握参保、缴费、备案、结算等数据。让使用者有效“管数”。创新授权管理模式，烟台市医疗保障局实行“一次授权一次查询”“一次授权有限次查询”“一次授权多次查询”等多种授权模式，参保人在手机或线下窗口自主决定并授权使用数据。创新授权认证方式，支持包括医保电子凭证扫码、短信验证、人脸识别等多种认证方式。第三方明白“用数”。烟台市医疗保障局建设

第三方机构数据服务体系，面向社会机构提供开放数据查看、数据申请等功能。目前，第三方机构已接收授权数据900万条。

健全内控机制，让数据多维权能。打造商保快速投保新模式。烟台市医疗保障局为“烟台市民健康保”130万人次参保人提供参保身份授权校验服务，助力惠民保险参保扩面。免去打印病历资料，到商保柜台申请办理等环节。274个商业健康险产品实现理赔直付，累计为1.3万人提供免费报案、垫付赔款1817万元。打造医药机构信用贷款新模式。烟台市医疗保障局联合商业银行推出医保信用贷款，

新泰市医疗保障局	
创新“3+N”网格化医保服务新模式	
优化医疗保障服务	
<p>新泰市医疗保障局从医保服务供给侧入手，依托村（居）治理网格，创新“3+N”网格化服务模式。发挥村（居）卫生室和乡村医生的作用，为人民群众提供“管家式”医保服务，壮大了服务力量，增强了医保服务的可及性和实效性。</p> <p>截至10月底，辖区734个村（居）卫生室、1412名乡村医生，融入2373个治理网格，累计走访群众25.23万户，帮代办群众医保事项3484件，打通了医保服务的“最后一公里”。9月1日，泰安医保局在新泰召开现场会，向全市推广了这一做法。</p> <p>健全“3+N”网格体系，推进医保服务全覆盖全贯通。以村（居）卫生室为重心，新泰市搭建“三级网格+N个辅助点”的服务架构，完善纵到底、横到边的医疗保障网格。一级网格，由医保和相关部门组成，政府分工市长综合协调，医保局牵头负责顶层设计与统筹协调、运行指导、考核督导等工作。二级网格，由20个乡镇（街道）、3个乡镇（街道）牵头医保工作站和乡镇卫生院，负责辖区下属三级网格建设运行、教育培训、问题处置、督导考核等工作。三级网格，由村（居）委牵头卫生室和治理网格，乡村医生与网格员协作配合，发挥“医保小管家”作用，宣传医保政策，解决医保难题，听取医保意见建议，帮代办办医保事项。“N”，是指三级架构之外，抓</p>	<p>住其他定点医药机构和第三方机构医保工作点，强化待遇落实、政策宣讲、帮代办等工作，打造医保满意度提升的“N”个辅助点，进一步壮大医保工作力量。</p> <p>完善体制机制，构建共建共治共享的医保治理格局。“条块结合、属地为主”的工作运行和责任机制。坚持县乡村各负其责、协同共振，合力推进。村（居）卫生室和乡村医生开展医保政策和经办服务培训，把乡村医生打造成“医保小管家”，全面创新服务模式，着力提高服务能力。公示“医保小管家”信息，建立“医保小管家”与低保、特困、孤寡老人等重点人群，建立精准对接。“管家”服务机制。在服务对象中张贴“医保小管家”公示牌，公示“医保小管家”姓名、电话、服务事项等信息，畅通问题反馈和医保服务“快车道”。目前已有27个乡镇“医保小管家”公示牌3万张。推行医保“连心卡”。由卫生室、卫生院的接诊医生向就诊群众发放，告知服务内容、联系方式，守护群众健康的乡村医生为“联络员”。把医保工作，融入村（居）治理网络，打通了医保工作的“神经末梢”。“网格发现、村（居）响应，坚持乡吹哨、部门报到”的吹哨报到和闭环处理机制。坚持统筹协调、层级处理，三级网格问题由村（居）委协调解决，二级网格问题由乡镇（街道）协调解决，一级网格问题由医保部门牵头处理。对重大复杂疑难问题，实行吹哨报到提级解决，以三级网格发现和收集到的医保问题为哨源，三级网格不能办理的逐级吹哨到二级、一级网格，数据部门应哨即到，联动响应。</p>

山东省医疗保障基金稽核中心	
强化智能监控	
信息化手段为医保监管注入新动能	
<p>近年来，山东省医保基金稽核中心以“智能监控是手段、数据挖掘是根本、成果转化是目标”为方向，充分加强智能监控系统应用，打造医保稽核新模式，持续推动医保基金安全稳定运行。</p> <p>坚持数据赋能，提升稽核智能化水平。省医保基金稽核中心通过人工智能算法（多层次关联关系）和风险模型，深度挖掘分析全省医保结算信息、就诊信息、费用明细等大数据，重点聚焦住院数据分析，以频繁就医、过高费用、过度诊疗、分解住院等为基础，设置重点监控指标，如：骨科、心内科等项目在不同医疗机构、不同疾病程度下的使用量、金额和费用的异常增长情况，开展同级别医院对比分析。开展门诊数据筛查，以参保人为分析维度，关注血液透析、超量购药、高频次就医等行为，开展专项分析。如口腔、眼科、中医、妇幼等专科医院机构以及“乙类乙管”、异地就医、“双通道”药店、门诊检查等专项，形成10余期医保数据分析报告，为智能监控稽核规则建立和日常稽核奠定坚实基础。</p> <p>健全稽核规则，织密医保基金防护网。建立智能监控稽核工作规则，省医保基金稽核中心利用医保大数据筛选高危信息，织密医保基金防护网。随着“互联网+医疗”、医保谈判药品、门诊诊筹等新业态的</p>	<p>出现，省医保基金稽核中心结合日常审核、专项检查、飞行检查发现的医保违规行为特点，结合现阶段欺诈骗保的新趋势、新手段，梳理疾病图谱、临床路径、医疗资源消耗和医保费用之间的逻辑关联，挖掘新的风险防控场景，设定合理灵活的监管规则和阈值，建成适应山东稽核业务特点的知识和规则库。知识库分为政策法规库、药品说明书、中华人民共和药典、临床诊疗指南等9大类，包含百万医疗条信息、费用明细等大数据，重点聚焦住院数据分析，以频繁就医、过高费用、过度诊疗、分解住院等为基础，设置重点监控200余条规则，全面监控不合理医疗行为，可识别欺詐行为、浪费行为、滥用行为等多种违规行为，真正实现稽核精准、靶向稽核。</p> <p>探索线上线下联动模式，实现全流程闭环管理。省医保基金稽核中心充分借鉴先进地区医保基金稽核线上线下联动经验做法，结合我省稽核业务特点和流程，在山东医保信息云平台智能监控系统上开发建设医保智能稽核管理系统，为现场检查稽核和精准打击欺诈骗保提供数据支撑，建立线上线下监管有机结合的监管新模式。实现智能监控系统全覆盖，利用智能监控系统大数据分析，线上生成日常稽核重点线索，线下稽核、取证，形成日常稽核工作闭环。确定重点监管领域及稽核清单，对不同类别、不同级别</p>
昌邑市医疗保障局	

办好群众家门口“医保事”

近年来，昌邑市医疗保障局始终坚持以群众需求和感受为导向，以推动传统服务和智能创新行为出发点，探索建立以“e”网为支撑，“线”数为载体的“医保+线”全方位立体式服务体系，推进医保服务通办、快办、“邑”办。

据统计，医保服务大厅窗口办件数量较成立之初减少76%，不见面办理率达90%以上，22项政务服务事项即时办结率100%。“邑色e线”“昌邑两病模式”等先后获评省级医保便民典型案例，昌邑医保“四办”模式被评为潍坊市“揭榜挂帅”优秀案例。

党建引领聚合合力，淬炼素质谋发展。素质提升“盯着办”。昌邑市医疗保障局实行岗前学习，跟班轮训和练兵比武等多项制度，两年来7名新考选工作人员科考“轮转”；从定点医院经办人员选派79人次到业务科室跟班轮训；市民之家医保专区由班组成员和业务骨干“坐班轮值”。今年，先后获潍坊市医保政策法规知识竞赛二等奖和练兵比武竞赛第二名。

政策宣讲“逐级办”。成立360人的“医保明白人”嫁接政策宣讲团，昌邑市医疗保障局采取市、镇、村层级递进式培训，全方位提升医保政策知晓率，有效解决定点医药机构融资难、融资贵的难题。目前，已在4家商业银行推广应用。

抓数据赋能，拓展“邑”保云管空中服务。昌邑市医疗保障局探索实行医保管家制服务。突出微信的

郯城县医疗保障局	
强化智能监控系统应用 筑牢医保基金安全防线	
<p>为提升医保基金监管效能，郯城县医疗保障局持续推进智能监控系统建设应用，从建立起全链条、广覆盖、多要素的智能监管体系，有效从源头上筑牢医保基金的安全防线。</p> <p>完善“远程查库”系统，源头遏制住院违规行为。开发“移动稽查”App，打通数据互联互通渠道。建设医保监控专网，保证监控专网、前端设备、查房应用、实名认证等应用的数据互通。利用大数据智能分析，对医保行为场景实施实时监控，通过对可疑数据进行预警。检查，为医保监管提供风险提示预警功能。日常查库高效便捷，破解“挂床住院”监管难题。医保监管人员通过“移动稽查”App随时随地远程查库床任务，查看住院患者在床情况，核查是否存在挂床治疗、虚假医疗等行为。今年以来，下发远程查床任务160余次，核查住院患者8000余人次，大幅提高了医保查库的覆盖率和频次，补齐了定点医疗机构审核和医保经办机构稽核投付等功能，共改造软件系统2个、软件接口4个。多措并举确保实名制医保稽核全覆盖，助力“中医回病房”规范管理，严格落实《临沂市“中医回病房”医保结算管理工作方案（试行）》要求，完成信息系统实时监控系统，保障确上上传随报实时同步信息。列入智能监控范围，患者每日诊疗时医疗机构使用“移动稽查”App远程查床任务，查看住院患者信息，由稽查人员比对检查，今年以来已上传核查数据1532条。</p> <p>完善“药店智能管理”系统，守护个人账户基金</p>	<p>引流作用，8类22项高频事项实现“掌上办理”，6类18个项目实现“掌上查询”，18项省内和9项跨省通办事项实现线上线下自办、26家定点医院和211家药店实现跨省异地结算，1012名参保群众通过昌邑医保自主办理异地业务，持续推进远程办、电话办、空中办理等便民外临外办就医服务923人次。</p> <p>创新方式提质增效，强化智能显成效。实行医保服务体验员制度。昌邑市医疗保障局招募不同层面、行业的40名体验员，通过真实体验、问题会诊、优化提升、跟踪评价等多种方式，精准发现问题，对症下药，持续改进。29名医保体验员先后到现场体验，提出合理化建议13条，现全部整改落实到位。</p> <p>实行“院端慢病备案云端复核”制度。依托医保专网，搭建集政策查询、数据备案、疑点反馈等功能于一体的“云平台”，昌邑市实行“院端上传—经办端下发—院端修正—经办确认”的闭环运行模式，实现院端慢病备案率100%。</p> <p>实行医保费用分级审核制度。昌邑市压实属地管理责任，采用统一一体化运行模式，医保部门与定点医院、辖区社区卫生室分级签订协议，实行乡医、定点基层医保办和办管院三级审核门诊费用报销制度。基金监管科逐电话核实、现场查看等形式抽查，确保每一笔医保资金合规合法高效使用。</p>

青岛市医疗保障局	
构建“双通道”保障“救命药”	
<p>为切实做好国家医保谈判药品落地使用工作，青岛市在全国率先构建国谈药品“双通道”保供保障机制，把定点零售药店纳入国谈药保供保障范围，让国谈药“买得到、报得了、管得住、体验好”，多管齐下打通国家医保谈判药品政策落地“最后一公里”。</p> <p>自2022年至今10月底，青岛市共保障国谈药品使用约236万人次，结算药费27.72亿元，其中定点医疗机构占41%，定点零售药店59%，共为参保人员减轻医疗费用约20.78亿元。</p> <p>畅通保障供应渠道，确保国谈药品“买得到”。动态调整“双通道”药品目录。青岛市医保局将谈判协议期内的346种国谈药品全部纳入“双通道”管理，并根据国家谈判结果和医保目录调整情况及动态更新。同时将34个常规乙类药品、1个竞价药品和7个省大病保险谈判药品一并纳入“双通道”管理。</p> <p>加快推进“双通道”药店扩容。发挥定点零售药店灵活性、及时的优势，青岛市医保局把定点零售药店纳入国谈药保供保障范围，并享受与医疗机构同样的医保报销政策。目前，青岛市联网结算的“双通道”药店达到88家，覆盖了全部10个区、市。</p> <p>压紧压实医疗机构和药店供货责任。青岛市医保局还联合卫健部门加强督导，将定点医疗机构配备国谈药品品种数量、群众用药购药投诉等情况纳入对定</p>	<p>点医疗机构的考核，督促各定点医疗机构根据临床用药需求，及时召开药事会，将国谈药纳入供应范围。</p> <p>完善配套保障政策，确保国谈药品“报得了”。增设国谈药使用的门诊慢特病病种，针对部分慢性疾病，增加国谈药使用的门诊长期治疗等特点，青岛市医保局第一时间将抑郁症性结肠炎等13个病种纳入门诊慢特病管理，让患者长期用药有了保障。</p> <p>提高部分门诊慢特病报销标准。针对类风湿性关节炎等7种疾病使用的国谈药年治疗费用明显高于现行医保报销额度的问题，青岛市医保局将相关病种使用国谈药品的费用单列，不受医保门诊年度额度限制，明显降低了参保患者的用药负担。</p> <p>畅通结算渠道，确保国谈药品“管得住”。动态调整“双通道”药品目录。青岛市医保局将谈判协议期内的346种国谈药品全部纳入“双通道”管理，并根据国家谈判结果和医保目录调整情况及动态更新。同时将34个常规乙类药品、1个竞价药品和7个省大病保险谈判药品一并纳入“双通道”管理。</p> <p>畅通结算渠道，确保国谈药品“管得住”。动态调整“双通道”药品目录。青岛市医保局将谈判协议期内的346种国谈药品全部纳入“双通道”管理，并根据国家谈判结果和医保目录调整情况及动态更新。同时将34个常规乙类药品、1个竞价药品和7个省大病保险谈判药品一并纳入“双通道”管理。</p> <p>畅通结算渠道，确保国谈药品“管得住”。动态调整“双通道”药品目录。青岛市医保局将谈判协议期内的346种国谈药品全部纳入“双通道”管理，并根据国家谈判结果和医保目录调整情况及动态更新。同时将34个常规乙类药品、1个竞价药品和7个省大病保险谈判药品一并纳入“双通道”管理。</p> <p>畅通结算渠道，确保国谈药品“管得住”。动态调整“双通道”药品目录。青岛市医保局将谈判协议期内的346种国谈药品全部纳入“双通道”管理，并根据国家谈判结果和医保目录调整情况及动态更新。同时将34个常规乙类药品、1个竞价药品和7个省大病保险谈判药品一并纳入“双通道”管理。</p>
青岛市医疗保障局	

邹城市医疗保障局	
一体化管理 全流程服务 全周期保障慢特病人群健康	
<p>邹城市聚焦参保群众就医和医保需求，围绕门诊慢特病精细化管理工作出新招、出实招，创新诊前干预、诊中参与、诊后服务的全周期健康管理模式，探索慢特病防、治、管、保融合一体化服务模式，不断推动“三医联动”改革落地落实，有效提升人民群众医保获得感、幸福感和安全感。</p> <p>实施慢特病诊前干预，推动“防+保”一体融合，实现慢特病服务“向前一步”。邹城市医疗保障局提升医保、医疗、公共卫生防治结合深度。依托家庭医生签约服务，组建慢特病服务团队，推行“3+N”服务模式，开展慢特病随访，健全健康档案管理，全市签约居民78.3万人，签约率93.2%。今年累计参与走访签约医务人员8600余人次，开展送药上门服务2350余次，拓展慢特病防控宣传广度。</p> <p>开展“院端慢病备案云端复核”制度。依托医保专网，搭建集政策查询、数据备案、疑点反馈等功能于一体的“云平台”，昌邑市实行“院端上传—经办端下发—院端修正—经办确认”的闭环运行模式，实现院端慢病备案率100%。</p> <p>实行医保费用分级审核制度。昌邑市压实属地管理责任，采用统一一体化运行模式，医保部门与定点医院、辖区社区卫生室分级签订协议，实行乡医、定点基层医保办和办管院三级审核门诊费用报销制度。基金监管科逐电话核实、现场查看等形式抽查，确保每一笔医保资金合规合法高效使用。</p>	<p>病人建立专属的电子病历和健康档案，推行“一人一病一方一档”管理，提供个性化用药与药事服务，实现慢特病服务“一件事”集成办。</p> <p>实施慢特病门诊服务，推动诊后“管+保”一体融合，实现慢特病服务“向后一步”。邹城市医疗保障局实现慢特病健康管理平台，针对高血压、糖尿病、脑梗死、冠心病等四大类常见慢特病，采集患者个人基本信息、用药记录、健康饮食、运动信息数据等，建立专人专属健康档案，配套健康管理计划。平台内嵌慢特病健康管理信息化系统，结合档案内容，对患者分级分类确定随访次数，原则上至少每年随访1次，对于高风险等级，至少每3个月随访1次，并根据随访状况及时调整健康管理计划，指导患者合理用药，防止小病变大病，管理精细化，更好保障群众身体健康，节省医保资金。开展慢特病人员居家上门服务。依托“一事一帮”慢特病长期护理保险保障工程民生实事项目，提供长期护理与慢特病待遇相结合的照护服务，对享受居家护理的慢特病患者，由家庭医生或护理人员定期送药上门服务，让“家门口”服务成为新常态，形成慢特病人员全生命周期护理保障机制。</p>
齐河县医疗保障局	

推行“两院一体”长护服务 全力打造“医养康护”医保新模式

今年以来，齐河县以列入德州市居民长护险试点县为契机，聚焦人口老龄化特别是农村地区护理服务可及性不足等短板，积极探索乡镇卫生院、养老院和“两院一体”长护服务模式，全力打造医养、养、康、护融合发展的“齐河模式”。

目前，长护险覆盖全县57万职工居民，享受待遇1227人，培育定点机构19家。相关做法被山东省委改革办推广，并上报中央改革办，在全省长期护理保险经办工作会议上，作为全省唯一的典型案例发言。

加强组织体系建设，在“两院一体”服务模式上突破。搭建资源统筹配置平台，提升服务保障水平。统筹养老、医养、康、护融合发展。完善“两院”设施配套，提高资源利用率。开辟机构护理单元，医疗服务区，增设长护办、医养办、老年病科等科室，实施“护理+医疗”双管齐下，让非护理失能人员享受周到护理服务，医护团队失能人员实现入院转院就地治疗，治疗费用直接医保结算。培育“两院”护理人员，增加护理服务供给，设置

置村（社区）护理员岗位300个，依托县医院优质护理资源组建长护技能培训中心，联合乡镇卫生院及养老机构，拓展“互联网+护理服务”培训渠道，已开展培训62期，200余名农村妇女及失能人员家属护理人员持证上岗。

强化服务体系建设，在提质增效上求突破。加强标准管理，确保长护推行精细化。打造“情暖齐河、长护万家”的“齐康长护”服务品牌，推行统一长护幸福卡，统一护理对象档案、统一服务协议，统一护理规范，统一管理制度等“九统一”标准化服务模式。让失能群众享受到同等高质量的“医疗+生活”全面护理服务。加强运营管理，确保长护服务专业化。组建“医师+护士+乡医+护理员”的医护团队58支，为1227名护理对象定制个性化“德康守护”居家个性化套餐包，“齐康长护”机构护理套餐包，提供精细化护理、康复、照料服务，让照护对象真正受益。

目前14个卫生院已开展居家照护9300余人次，9个康宁中心新增待遇享受307人，挖掘有意愿社会失能人员150余人，床位使用率提高20%，加快了机构护理失能人员实现入院转院就地治疗，治疗费用直接医保结算。“农村特困老人”为主动积极缴纳“社会失能老人”的转型升级。加强质量管理，确保长护运行优质化。编写《护理服务标准与规范》（康养服务手册）等文件，“两院”实行服务项目“单一清单”、评定人员互认、护理服务互认、投诉线索互通，选拔1000余名党员干部、网格员组建村级“长护幸福员”监督队伍，参与居家护理协议签订及服务监督，建立“部门监管、机构自治、社会监督”的多元监管模式。

完善保障体系建设，在长效机制上求突破。强化制度保障。研究形成1个实施方案+6个配套措施“1+6”政策制度体系。重点从医疗专家集体评定、县乡村三级分类、费用结算、护理培训、满意度调查、退出机制等方面制定务实管用的全流程经办模式。强化资金保障。由县财政、医保统筹基金、个人三方按比例分担，为长护险可持续发展提供资金保障。建立内部控制、举报投诉、风险防范、专项稽核等风险防控机制，确保资金使用安全。强化监督保障。开发“齐康长护”智慧平台，出台《齐河县长期护理保险监督管理办法》，对定点医疗机构实施全流程考核监管和服务质量评价，确保服务优质化。截至目前，失能群众人工巡查、电话回访率达98%以上，失能家庭护理服务满意度达99%。