

二、服务方案

服务方案索引			
方案内容			页码
总体目标			P246
整体思路			P246-P247
具体措施及方案	人员配置方案	服务体系	P247-P249
		服务人员配置计划	P249-P250
	医疗信息系统及数据安全保密方案	公司信息系统介绍	P250-P252
		健康险专项信息系统介绍	P253-P260
		信息安全内控制度	P261-P265
	即时结算和及时拨付职工大额医疗费用保险资金的方案	定点医疗机构结算方案	P266-P268
		及时拨付职工大额医疗费用补助保险资金的方案	P269-P271
	年度考核与履约保证金考核返还、合同续签方案		P271-P275
	联合办公会议制度及医疗机构监管方案	联合办公会议制度，通报情况形成运行报告	P276-P281
		设立联合办公网点，切实提升协同审核效果	P282-P292
		落实监管队伍建设，夯实监管工作基础保障	P292-P293
		建立风控规章制度，切实规范医疗服务行为	P293-P304
		运用智能审核系统，赋能违规医疗费用管控	P304-P306
		加强异地协查服务，充分发挥人保风控优势	P307-P311
		协助经办机构监督，提升医保基金运营能力	P312-P321
		制定专项考核方案，建立完善服务评价体系	P322-P324
		配合开展飞行检查，提供病案审核专业服务	P325
		应用慢病监管系统，加强慢病监管过程管理	P326-P328
	政策宣传服务方案	印制政策宣传品	P329
		新闻媒体宣传	P329
		广泛利用相关场所开展宣传	P329
		新型媒体平台开展业务宣传	P329
		政策宣传活动案例	P330-P331
		新乡市职工大额医疗费用补助保险经办服务项目宣传制度	P332-P336

2.1 总体目标

切实做好新乡市职工大额医疗费用补助项目工作，保障参保职工的合法权益，提升参保满意度，维护城新乡市职工大额医疗费用补助项目保险基金的运行安全，在新乡市医疗保险中心的指导和监督下，我公司实质性响应本次招标，充分发挥我公司专业优势、技术优势、经验优势和经营管理优势，结合新乡市职工大额医疗费用补助项目保险的实际情况，制定科学合理、可操作性强、个性化突出、人员配备充足的服务方案，促进新乡市职工大额医疗费用补助项目规范运作、可持续发展，增加人民群众的获得感和满意度。

2.2 整体思路

结合招标文件中评审办法要求，围绕新乡市职工大额医疗费用补助项目采购需求，我公司对如下采购需求完全响应，并制定完善、可行的服务方案，搭建起完整的闭环服务。

序号	招标项目采购需求	是否响应
1	大额工作采购方与商业保险机构双方实行联合办公，商业保险机构应派驻市本级至少 20 名工作人员，各县（市）至少 3 名人员做好相关工作。联合办公人员应当具备相关岗位需求。	完全响应
2	商业保险机构应与采购方签订《新乡市职工大额医疗费用补助项目承办合同》，并严格按照合同内容履行。	完全响应
3	商业保险机构（乙方）应按相关要求做好信息及数据保密工作。	完全响应
4	承办合同期满后，对甲方已经确认的合同期内已发生的合规医疗费用，乙方按照甲方要求，仍需继续清算，并先行垫付。经甲方报请相关部门同意后再进行资金调剂。	完全响应
5	合同履行期间如遇国家、省、市相关政策调整，商业保险机构必须先执行。	完全响应
6	本招标期限为 3 年，从 2025 年 1 月 1 日至 2027 年 12 月 31 日；合同一年一签（市本级、县级合同分别签署），实行分区域承办管理。具体为：市本级为第一区域，新乡县、获嘉县、卫辉市、辉县市、长垣市为第二区域。原阳县、延津县、封丘县为第三区域，按综合得分顺序对应相	完全响应

	应区域。 若第一中标人不能履行承办工作的，由第二中标人承接该区域的承办工作；若第二中标人不能履行承办工作的，由第三中标人承接该区域的承办工作；若第三中标人不能履行承办工作的，由第二中标人承接该区域的承办工作。	
7	按照责任共担、持续发展的原则，建立职工大额医疗费用补助资金风险分担机制，一个医保年度内，大额出现亏损时，承办的商业保险机构（乙方）先行垫付。非政策性因素导致的职工大额医疗费用补助的亏损由商业保险机构全部承担；政策性因素导致的当年大额资金亏损时，由甲方承担。	完全响应
8	年度工作结束，乙方接受采购方的大额工作年度考核，考核结果与盈利返还挂钩。当考核不合格，参照需求第 6 条	完全响应
9	本招标需求与承办合同具有同等法律效力。	完全响应

2.3 具体措施及方案

2.3.1 人员配置方案

按照招标文件关于新乡市医疗保险中心新乡市职工大额医疗费用补助项目保险服务机构要求，为切实加强对新乡市医疗保险中心新乡市职工大额医疗费用补助项目保险承办工作项目的组织领导，确保我公司顺利参与此项目的实施，我公司建立科学合理的组织管理体系，成立新乡市医疗保险中心 2025-2027 年新乡市职工大额医疗费用补助采购项目保险团队，具体负责项目的实施。人保财险总公司、河南省分公司给予项目团队最大限度地支持，总、省、市、县四级联动，共同服务，全力保障项目实施所需的各项资源，确保项目顺利实施。

2.3.1.1 服务体系

我公司根据此次新乡市医疗保险中心新乡市职工大额医疗费用补助项目保

险承办工作项目的情况设置相应的项目领导团队、项目管理团队及服务团队，满足项目所需的承办队伍及相关专业技术人员的配备要求，确保项目的顺利实施。

我公司充分认识到新乡市医疗保险中心新乡市职工大额医疗费用补助项目保险经办工作的重要性、艰巨性和紧迫性，成立项目领导小组与新乡市医疗保险中心沟通对接，社保服务专职管理团队将统筹协调联合体各执行部门，如财务核算、运营服务、风险管控、信息技术等职能部门，提升项目经营能力，确保医疗保险中心新乡市职工大额医疗费用补助项目各项服务工作扎实、有效开展。



管理人员配置计划

我公司组建了城镇职工大额医疗费补助保险项目领导小组，项目领导小组分为：项目管理团队、项目技术团队、政策宣传团队。中标后我公司将在此基础上指导、组织新乡市医疗承办服务机构统筹具体工作，主要职责有：①管理沟通服务，负责及时与当地医保局、财政局等相关政府部门沟通、协调等工作，负责项目运行的重大决策与统筹安排，负责督导案件审核、医疗审核、案件结算、重大案件现场查勘、服务咨询、客户投诉及解释等工作。②技术保障服务，负责统计分析、软件维护、系统应用操作培训等工作，保障系统运行畅通。③政策宣传服务，负责与基本医疗经办部门沟通协调具体业务，营造和谐的服务环境，提高业务技能，做好新乡市职工大额医疗费用补助项目保险的政策宣传工作。



项目管理团队

它是整个保险服务团队的核心，是保险服务的决策机构，主要负责：

新乡市职工大额医疗费用补助项目保险的领导、组织、协调工作；执行新乡市政府相关主管部门关于新乡市职工大额医疗费用补助项目保险的指导思想、方针政策，促进职工大额医疗费用补助项目保险各项政策措施的落地；统一规划、组织、协调职工大额医疗费用补助项目保险推进工作，针对业务发展过程中出现的问题，制定协调、解决方案，落实职工大额医疗费用补助项目保险各项服务承诺，监督整个保险服务过程。

项目技术团队

主要负责：在职工大额医疗费用补助项目保险系统开发商的配合下接入互联互通的保险信息管理系统，实现与职工大额医疗费用补助项目保险的“一站式”即时结算。负责部署公司所需要的各项社保业务管理分析系统。

2.3.1.2 服务人员配置计划

我公司为更好的服务本项目，我公司满足招标文件要求将在新乡市、县（市、区）各级医保经办机构服务大厅设置服务窗口，在各级服务窗口提供市级不低于 20 名、县级不低于 3 名工作人员（至少有一名医药卫生类专业人员），专为参保职工提供职工大额医疗费补充保险日常服务，专职服务人员到位后，以在岗工作实习和理论培训相结合的模式，提升业务水平和专业技能，年底我公司根据

其工作表现及新乡市医疗保险中心的综合评定为依据对专职服务人员进行年终考核。

按照投标文件对本保险项目的需求, 我公司将配备的专职服务人员进行分工, 各个区域负责人负责城镇职工大额工作的沟通、处理、协调的相关事宜, 并将所遇问题及时反馈。项目服务团队按照要求会高度配合各级医保经办相关工作人员完善大额年度参保人员信息录入及维护、核对工作。

2.3.2 医疗信息系统及数据安全保密方案

公司设计开发了拥有自主知识产权的健康保险管理系统, 专门用于管理职工大额医疗费用补助保险项目类社保业务的监控、审核医疗费用支出, 完全有能力根据各级医保部门信息化建设的有关标准和要求, 实现信息系统与各级基本医疗保险协议管理医疗机构和统筹区域基本医疗保险信息平台有效对接, 共享职工大额医疗费用补助保险补偿信息。公司拥有国内保险行业覆盖最广的网络、最先进的网络架构、最完备的网络管理体系, 多年来与三大电信运营商建立了良好的合作关系, 我公司提供的科学合理的组建方案, 能够快速实现新乡市职工大额医疗费用补助项目网络的互联。公司建立健全了信息安全内控制度, 通过了 ISO27001 信息安全管理体系国际认证, 有效杜绝了信息外泄, 公司严格按照《社会保险个人权益记录管理办法》(人力资源社会保障部令第 14 号) 的规定, 严格信息管理, 确保患者个人信息不用于新乡市职工大额医疗费用补助项目以外的其他用途。

2.3.2.1 公司信息系统介绍

信息系统架构

中国人民财产保险股份有限公司参照《社保核心平台(三版) 架构体系标准》和《社保核心平台(三版) 指标体系规范》, 开发了拥有自主知识产权, 具有一流的风险识别控制能力、一流的服务能力、一流的运营管理能力和一流的创新能力的, 专门用于社会医疗保险相关业务经营管理的健康保险管理系统。该系统以面向服务的体系结构(SOA) 设计理念为指引, 以业务流程管理(BPM) 引擎为依托, 本着分工明确、共同协作的原则, 提供完善的项目管理、基本医保经办、护理保险业务管理等功能, 强化与智能医疗审核系统和 CFR 风险控制系统的专

业互动能力，构建起了以承保、理赔、经办、风险控制等为核心，以外接系统数据统一交换平台、客户服务咨询投诉、精算及大数据分析等为辅的完整专业健康保险管理系统，完全满足基本医疗保险信息的全时互联互通及业务数据的实时共享的需要。



健康保险管理系统简介

该系统经中国版权保护中心审核, 于中华人民共和国国家版权局完成计算机软件著作权注册登记。已在全国范围内上线应用, 系统运行稳定高效、安全可靠, 完全能够满足业务对信息系统的所有需求。

健康保险管理系统计算机软件著作权登记证



2.3.2.2 健康险专项信息系统介绍

附件：健康险专项信息系统介绍

中国人民财产保险股份有限公司专门为大病保险业务设计开发了健康险专项信息系统，是公司健康保险管理系统的专业子系统。

1. 健康险专项信息系统特点

(1) 实现了基本医保核心业务数据的快速整合与共享

健康险专项信息系统是一个集成各类应用系统以及日常运营的数据交换和业务协作平台，在此平台之上实现医院信息系统（HIS）业务数据的整合。必要时，通过远程调用医院 PACS 系统数据作为补充，最终形成一个互联互通、支持辅助决策的业务协作平台。

(2) 促进了以参保人为核心的诊疗数据的组织与共享

健康险专项信息系统强调以参保人为中心，在确保患者个人信息及隐私绝对保密的前提下，将患者的诊疗资料以统一的方式组织起来，并使之与患者个人电子健康档案形成有机结合。

(3) 强化了与财务系统的数据自动流转

健康险专项信息系统强化了与财务系统的数据自动实时流转，在赔案进入健康险专项系统前，自动调用医疗费用智能审核系统接口，对医疗费用单据进行 100% 的审核；在赔案审核完毕后，自动调用财务收付费系统接口，采用 HTTPServlet 通信方式，实时传送财务系统，通过对 XML 格式的数据进行 MD5 加密封装，确保了财务、业务数据的高度一致性。

2. 健康险专项信息系统主要功能

健康险专项信息系统具有参保患者及其就诊记录信息的采集与变更、大病保险赔款结算与支付、信息查询检索、结算数据的统计与分析、补偿信息报表的生成与报送、医疗行为的监督与考核等功能，可实现与省、市、县三级基本医疗保险定点医疗机构和统筹区域基本医疗保险系统互联互通，方便在主管部门授权后，共享职工和居民大病保险补偿信息。

健康险专项信息系统主要功能模块一览表

功能/子功能名称	功能说明
信息采集及变更	
承保信息采集	保单号、承保人员明细清单等承保信息的录入采集
参保人员登记	通过数据接口，自动实现参保人员个人信息的采集、修改

功能/子功能名称	功能说明
诊疗管理	通过数据接口，自动实现参保人员住院信息的采集、修改
诊疗过程	通过数据接口，自动实现参保人员住院期间医疗费用明细、医嘱信息的采集、编辑，转诊信息的记录
医疗影像上传	医疗影像数据的上传存储
支付结算	
即时结算	大病保险费用的即时结算
补偿结算	大病保险补偿金额的计算
领款人信息	领款人信息的调整处理及审核
信息查询	
简单查询	通过身份证号、社保卡号、姓名进行参保人员承保信息，历次理赔信息的汇总、查询、打印
统计分析	
政府/法定报表	用于政府部门常规统计报表中规定数据的采集等
自定义报表	根据实际工作需要，由系统按照用户自定义报表的表样、表内关系、表间关系等自动生成所需要的报表
会计报表	用于提供财务部门支付补偿款的统计报表
风险控制	
远程平板巡视管理	利用4G平板电脑进行现场医疗巡视结果调用
智能审核结果调用	远程调用医疗费用智能审核系统审核结果
医疗巡查	医疗审核软件的风险预警，派发医疗巡查计划任务及调度
信息报送	
报表报送	采用WebService接口方式，提供XML格式的各类预定义报表的自动报送
知识库	
知识库	积累该专项业务的承保/理赔补偿知识、国家法律法规及相关政策、医疗路径等相关指导意见、操作指南、药品说明书等知识
配置维护	
系统维护	用户管理、权限管理、日志管理、备份管理
参数维护	系统运行参数、统计汇总参数、统计查询参数维护

功能/子功能名称	功能说明
字典维护	对药品目录、诊疗项目目录、服务设施目录、参保登记表、补偿兑付单、疾病名称、医疗机构等信息维护
数据处理与交换	
外部系统接口管理	提供标准接口，支持医疗机构、统筹地区基本医疗保险、财政、民政、保险监督管理等相关政府部门数据与公司业务系统的交互
内部系统接口管理	提供标准接口，并对报文进行MD5加密，确保公司内部各系统间的实时数据交互，并保证业务、财务数据一致
微信接口管理	用于手机微信客户端接口调用的管理
监控服务	用于数据交换双方的业务处理状态的分析、监控

3. 健康险专项信息系统演示截图

(1) 系统登录界面



(2) 信息查询

[illegible]

(3) 信息采集——参保登记

[illegible]

(6) 医疗影像平台



(7) 医疗巡查



(8) 赔款理算

赔款理算

被保险人姓名: 王小明 身份证号: 371427197103081312 性别: 男 出生日期: 1971-03-08

保单号: 371427197103081312 险种: 意外伤害险 保额: 1000000.00

事故时间: 2024-10-28 事故地点: 山东省济南市 事故原因: 意外摔伤

医疗机构: 济南市人民医院 诊断书号: 10000000000000000000

医疗费用: 2478.54 支付金额: 2478.54 支付比例: 100%

理赔状态: 已赔付

(9) 领款人信息处理

领款人信息处理

被保险人姓名: 王小明 身份证号: 371427197103081312 性别: 男 出生日期: 1971-03-08

保单号: 371427197103081312 险种: 意外伤害险 保额: 1000000.00

事故时间: 2024-10-28 事故地点: 山东省济南市 事故原因: 意外摔伤

医疗机构: 济南市人民医院 诊断书号: 10000000000000000000

医疗费用: 2478.54 支付金额: 2478.54 支付比例: 100%

理赔状态: 已赔付

[illegible]

2.3.2.3 信息安全内控制度

公司在信息安全方面，建立健全了信息安全内控制度，完全遵从最为权威的国际信息安全标准，并通过了 ISO27001 信息安全管理体系国际认证，在保证参保职工个人信息安全，防止信息外泄和滥用方面奠定了坚实基础。

信息安全内控管理

公司在信息安全内控管理上，形成了职工大额医疗费用补助项目信息安全“三道防线”的组织体系与风险管控机制。由健康保险事业部、信息技术部、审计部/合规部/法律部牵头成立“信息安全工作小组”，构筑良好的信息安全意识和职业操守、有效的制度和技术约束、健全的监督和审计机制组成的“三道”信息安全管理防线。



编制《员工信息安全手册》，所有员工均需遵从信息安全基本行为规范，“自我约束、主动合规”。完善《中国人民财产保险股份有限公司信息安全管理规范（试行）》（人保财险发〔2012〕206号），根据《社会保险个人权益记录管理办法》修订《社保业务信息安全管理规定》。通过高等级数据库安全级别管理以及严格的数据库权限授权审批流程，确保数据库与外部完全隔离，只能通过前台系统功能进行操作；高等级的网络架构确保公司内网与互联网物理隔离，确保网络环境封闭；使用桌面管理系统实现终端设备集中管理，4A 平台和安全登录门户实现后台应用账号集中统一管理，AD 域实现桌面账号集中管控；上网行为管理系统规范办公网络使用，数据防泄露系统阻断敏感数据泄露，防止信息外泄

和滥用。

核心业务系统拥有最高安全等级

公安部、国家保密局、国家密码管理局及工业和信息化部组成的国家信息安全等级保护工作小组在《信息安全等级保护工作简报（第 109 期）》全文专刊印发了题为《人保财险积极落实信息安全等级保护制度信息化与信息安全工作同步推进》的材料，并向全国 62 个部委办局单位印发，同时抄送各省公安厅、机关，以宣传交流我公司的信息安全工作先进经验，为保险行业首次。

公司信息技术部门从应用系统 IT 架构出发，实施全面风险评估，梳理信息系统边界和安全防护现状，并在此基础上制定等级化的安全保障方案，部署针对性的安全防护措施。在新数据中心的规划建设过程中，严格按照信息系统安全保护等级的要求执行，在各方面对照等级保护规范标准进行落实。核心生产系统按照保险行业最高安全等级定为第三级，且为第三级中最高安全等级 S3A3G3，并且通过公安部第一研究所测评认证。

核心业务系统等级测评信息表

信息系统		安全保护等级	
系统名称	核心业务系统	安全保护等级	S3A3G3
系统编号	000001	测评等级	第三级
测评单位			
中国入保财险保险股份有限公司			
单位名称	中国入保财险保险股份有限公司	系统编号	000001
联系人	张明	联系电话	010-60000000
测评人员	张明	测评日期	2025-01-01

核心财务系统等级测评信息表

信息系统		安全保护等级	
系统名称	核心财务系统	安全保护等级	S3A3G3
系统编号	000002	测评等级	第三级
测评单位			
中国入保财险保险股份有限公司			
单位名称	中国入保财险保险股份有限公司	系统编号	000002
联系人	张明	联系电话	010-60000000
测评人员	张明	测评日期	2025-01-01

客户服务系统等级测评信息表

信息系统		安全保护等级	
系统名称	客户服务系统	安全保护等级	S3A3G3
系统编号	000003	测评等级	第三级
测评单位			
中国入保财险保险股份有限公司			
单位名称	中国入保财险保险股份有限公司	系统编号	000003
联系人	张明	联系电话	010-60000000
测评人员	张明	测评日期	2025-01-01

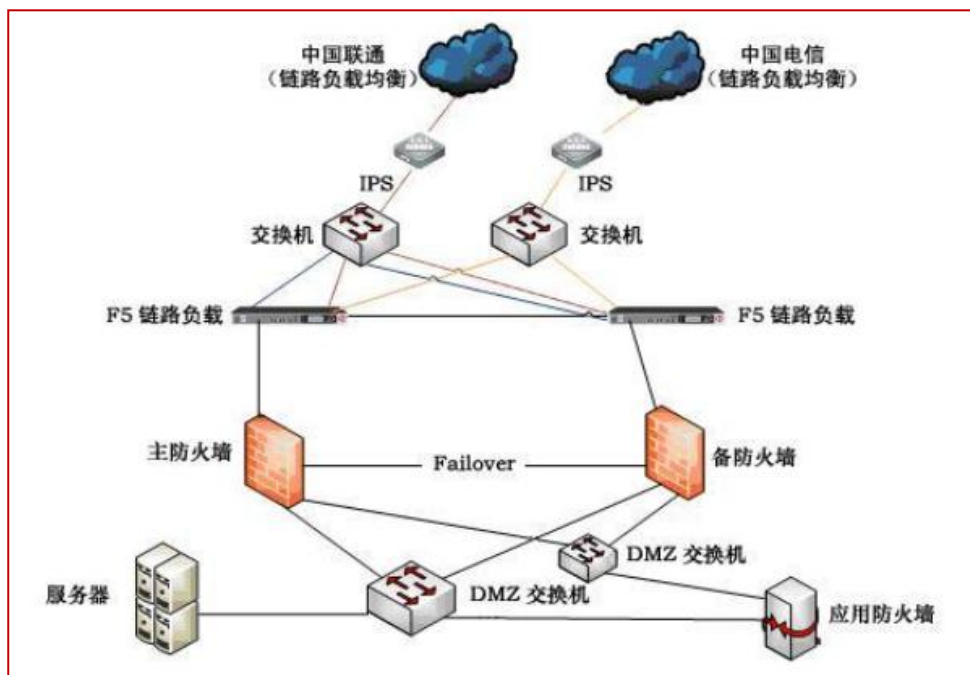
电子商务系统等级测评信息表

信息系统		安全保护等级	
系统名称	电子商务系统	安全保护等级	S3A3G3
系统编号	000004	测评等级	第三级
测评单位			
中国入保财险保险股份有限公司			
单位名称	中国入保财险保险股份有限公司	系统编号	000004
联系人	张明	联系电话	010-60000000
测评人员	张明	测评日期	2025-01-01

网络安全方面

我公司采用业界领先的 F5 负载均衡方案，确保网络线路、硬件设备都具有高度冗余架构，而且所有网络访问请求会通过网络防火墙、入侵防御系统 (IPS)、应用层防火墙的 3 层过滤才能到达业务主机，其中入侵检测系统主要用于实时监控网络关键路径的信息，它采用旁路方式，动态监视网络上流过的所有数据包，通过检测和实时分析，及时发现非法或异常行为，并进行响应，通过采取告警阻断和在线帮助等事件响应方式，以最快的速度阻止入侵事件的发生。入侵检测系统能够全天候进行日志记录和管理，进行离线分析，对特殊事件进行智能判断和回放。同时，我公司在与基本医保网络连接入口处将安装网络防火墙，增加网络安全策略设置，IP 地址与端口映射的绑定，可有效阻止黑客攻击及非法访问请求，对有害数据及恶意操作行为进行过滤，进一步加强软件运行的安全性。

网络系统安全架构如下图所示：



数据安全方面

数据安全方面，重点从数据库安全、数据传输安全与数据备份恢复等方面进行安全防护。

(1) 数据库安全。加强数据库用户管理及身份认证，严格规定数据库管理员在操作系统安全性方面的权限控制，采用合适的数据库安全性策略。建立数据库与应用监测系统，对数据库操作行为进行审计与监控。通过旁路式 Agent 的

方式对数据库的访问进行有效的监控,及时发现非法用户对数据库资源的访问与侵入,并给予报警。同时通过对网络数据的分析,实时地、智能地解析对数据库服务器的各种操作,可以记录和分析所有操作行为,能够精确到 SQL 操作语句级别。

(2) 数据传输安全。为防止数据传输过程被截获、篡改,在数据传输时采用加密的技术对传输的敏感数据进行加密。在 PKI 安全体系的信任服务平台上,建立客户机与服务器之间的基于 SSL 协议的安全连接,并与基于公开密钥体系的信息认证技术相结合,以确保通信内容的机密性与私有性。在建立安全连接时,对服务器进行身份验证,对客户机的认证可以根据系统具体的保密需求进行选择。

(3) 数据备份恢复。数据中心所使用主机均采用双机热备模式,主机出现问题,备机自动启用,保证业务系统不间断运行。我公司采用“1 主 36 备”的数据系统备份模式,能保证在南中心发生故障或网络中断时,尽快启动各省备份系统,保证业务正常运行。全面完成基于 CRR 技术的准实时远程数据备份工作,灾备等级达到并超过国家标准第 5 级,通过远程数据复制技术实现的数据异地准实时备份可使灾难发生后数据丢失时间(RPO)小于 3 分钟,系统恢复时间小于 4 小时。

应用安全方面

应用安全方面,对用户认证、权限管理、中间件和客户端都进行了安全措施防护。

(1) 身份认证。系统支持两种身份认证,即用户口令、CA 数字证书身份认证,能够根据不同的安全等级合理使用凭证。在没有使用数字证书进行强身份认证时,系统提供使用强密码、制定口令规范、使用安全的散列算法保存口令等安全措施,增强认证的安全性。

(2) PMI/AA 权限管理系统。权限管理系统是公司核心业务系统信息安全基础设施的重要组成部分,是信息系统授权管理体系的核心。它将授权管理和访问控制决策机制从具体的应用系统中剥离出来,采用基于角色的访问控制技术,通过分级的、自上而下的权限管理职能进行划分和委派,建立统一的特权管理基础设施,在统一授权管理策略的指导下,实现分布式权限管理。

(3) 安全中间件。安全中间件在结构上分为应用接口层、服务管理层、安全模块接入层。应用系统通过调用安全中间件提供的安全接口,获取安全服务。

安全中间件的主体为认证服务器，它与应用系统的结合由前端的、符合 JTEE 规范的安全接口实现，对密码设备的访问和对 LDAP/OCSP 服务器的访问由安全中间件自动完成。各种应用系统都通过公共的安全中间件系统获得自己所需要的安全功能。

(4) 安全客户端。安全客户端由客户端安全插件和客户端密码设备组成，安装在应用系统的客户端。客户端安全插件可以作为通用浏览器的安全插件，也可以作为客户端安全代理模块，提供标准的安全 API 接口，通过嵌入式开发与系统客户端集成，分别为 B/S 结构和 C/S 结构系统的客户端提供身份认证、访问控制和安全通信的功能。

本地终端设备安全方面

本地终端设备安全方面，统一安装总公司的企业版亚信杀毒软件和桌面安全管理软件，亚信安全为国内最大的软件安全公司，产品不光依靠启发式技术与病毒特征库来防御病毒，还依靠强大监控功能的防护规则来保护电脑正常运行；桌面安全管理系统具有终端接入控制、终端行为审计、终端设备控制等功能，可有效对终端设备的操作行为、外接设备进行管理、监控。

2.3.3 即时结算和及时拨付职工大额医疗费用保险资金的方案

新乡市职工大额医疗费用补助项目是关系到全市职工切身利益的重大民生项目，我公司将严格按照新乡市政府、新乡市医疗保险中心的相关规定与要求做好理赔结算服务。

一是在定点医疗机构实现即时结算；

二是目前可采取对定点医疗机构垫付的职工大额医疗费用补助项目保险资金实行先支付后审核的办法（拒付费用在下期结算资金中予以扣除），并承诺在收到定点医疗机构申请支付材料 15 个工作日内拨付其垫付的职工大额医疗费用补助项目保险资金；

三是对转诊转院及异地就医等非即时结算的参保人员发生的职工大额医疗费用补助项目医疗费用，承诺在收到参保人员报销资料之日起 15 个工作日内进行支付。

2.3.3.1 定点医疗机构结算方案

我公司结合系统内承办职工大额医疗费用补助项目成功经验,按照新乡市职工大额医疗费用补助项目招标文件的要求,结合我市实际情况,从“即时结算点的实现方式”、“即时结算点的人员配置”、“即时结算的技术保障”、“即时结算理赔流程”四个方面制定如下方案:

即时结算点的实现方式

我公司向被保险人提供在**基本医疗保险定点医疗机构即时结算和联合办公网点同步即时结算**两种“一站式”结算服务方式。

(1) 在基本医疗保险定点医疗机构即时结算:在基本医疗保险定点医疗机构结算窗口设置即时结算点,将基本医疗保险信息系统与我公司健康险专项信息系统进行对接,参保患者仅需就总医疗费扣除基本医疗保险和职工大额医疗费用补助补偿后的个人自付部分与医疗机构进行结算,定点医疗机构垫付的职工大额医疗费用补助项目补偿款由我公司经审核后及时拨付,从而实现参保患者在出院时即可同时享受基本医疗保险和职工大额医疗费用补助保险的“一站式”即时结算服务。对于就诊人次较多、职工大额医疗费用补助保险赔款垫付金额较大的定点医疗机构,我公司将以周转金的方式提供赔付资金支持,缓解定点医疗机构资金垫付压力。

(2) 联合办公网点同步即时结算:因转诊就医、案情复杂或基本医保与定点医疗机构未实现系统对接等原因,客观上无法实现出院即时结算的,按照基本医保管理模式,通过与医保经办机构合作建立联合办公网点和机制,实现基本医保与职工大额医疗费用补助保险同步即时结算。

即时结算点的人员配置

人员配备的方式:在基本医疗保险定点医疗机构采用流动式和驻点式相结合的方式配备即时结算点服务人员;在联合办公网点采用驻点方式配备同步即时结算服务人员。

人员配备的原则:分配合理、精简高效。

人员配备的数量:严格按照当地医保部门的需求进行配置,专职为参保职工提供城镇职工大额补充医疗保险日常服务。

工作职责:负责政策宣传、业务咨询、“一站式”结算、信息查询、投诉受

理、资料收集、审核支付等服务工作，为参保人员提供便捷服务；负责与定点医疗机构的账务核对、资金往来、医疗档案的对接；负责医疗巡查、医疗审核；负责与医保经办机构、定点医疗机构对发现的问题进行反馈、沟通、协调等工作。

工作机制：为加强医疗巡查、医疗审核过程中的风险管控，避免工作人员与定点医疗机构、就诊患者之间互相串通等违规现象的发生，采取工作人员定期轮岗和案件质量终身负责的工作机制。

即时结算的技术保障

根据目前基本医保系统的建设情况，结合我公司健康险专项信息系统，针对与医保信息平台对接的需求，专门设计开发了《PICC 健康险专项信息系统接口规范》，能够满足我公司健康险专项信息系统与基本医疗保险系统的有效对接。中标后，我公司将严格按照医疗保障部门信息化建设的有关标准和要求，快速实现即时结算点的系统对接。

在基本医疗保险定点医疗机构即时结算程序

参保患者在出院时享受即时结算，办理出院结算时只需负担个人自付部分。

参保患者在具备即时结算条件的定点医疗机构就医，发生的符合职工大病救助保险补偿范围内的医疗费用，出院时与基本医疗保险一并在定点医疗机构即时结算，个人仅需负担总费用扣除基本医疗保险和大病救助保险赔款后的个人自付部分即可。

公司与定点医疗机构资金结算流程

我公司通过与医保经办机构签订协议，建立与定点医疗机构、医保经办机构的联动机制，加强财务结算管理，确保与基本医疗保险结算同步，按时、足额、准确的向定点医疗机构拨付已垫付的职工大额医疗费用补助保险资金，保证职工大额医疗费用补助保险资金的安全。

关键环节说明：

- (1) 定点医疗机构先行垫付职工大额医疗费用补助保险补偿款。
- (2) 按照与定点医疗机构协议确定的结算期限，就已垫付的职工大额医疗费用补助保险赔案进行交接；核对赔案资料完整性、单据数据准确性；双方签订职工大额医疗费用补助保险已垫付资金确认单。

(3) 对定点医疗机构垫付的赔案进行审核。存在问题的赔案，逐单反馈至定点医疗机构及医保经办机构。

(4) 垫付款支付。对于审核无误的赔案，按照与定点医疗机构确定的收款账户，确保在约定付款日前划拨完毕；存在问题的赔案，按照定点医疗机构或医保经办机构最终确认后的金额进行划拨。

(5) 定点医疗机构出具资金到账确认单。

联合办公网点同步即时结算程序

公司借助在医保经办机构合作建立的联合办公网点，按照合作办公机制，对因转诊就医、案情复杂或基本医保与定点医疗机构未实现系统对接等原因，客观上无法实现出院即时结算的案件，主动收集患者就医相关资料，协助患者办理基本医疗保险和城镇职工大病救助保险的同步即时结算。

关键环节说明：

(1) 参保患者出院时未享受基本医保和职工大额医疗费用补助保险即时结算的，至联合办公网点提交相关就医材料。

(2) 联合办公网点人员对就医材料进行审核，对于患者提交的就医资料不齐全的一次性告知参保患者进行资料补充。患者提交就医资料齐全后及时做出核定，对于情形复杂的在 10 个工作日内做出核定，并及时通知申请人确认。

(3) 基本医保和职工大额医疗费用补助保险同步即时结算，并在规定期限内将城职工大额医疗费用补助保险补偿款支付至医保经办机构或参保患者本人银行账户。



2.3.3.2 及时拨付职工大额医疗费用补助保险资金的方案

关于及时拨付职工大额医疗费用补助保险资金的服务方案

一、赔付方法

1. 对于结算职工大额医疗费用补助保险资金问题，我方收到定点医疗机构提供的材料后进行审核评估，审核评估无争议情况下，我方会在相关手续收到后15个工作日内，完成费用拨付。

2. 定点医疗机构应在实现联网结算后垫付职工大额医疗费用补助保险报销费用。原则上在次月10日前，保险公司与定点医疗机构完成对账，按照约定时间将上月定点医疗机构垫付职工大额医疗费用补助保险费用拨付至其指定账户。

二、建立评审委员会审查机制

在收到定点医疗机构申请拨付材料后，根据涉及参保人员病情类别，由我公司通过审核平台随机从专家库中抽取若干专家组成评审委员会，对定点医疗机构提交的诊疗用药方案及相关诊治行为进行审核，对其科学性、合理性等具有争议的问题进行评审裁定。

1. 对定点医疗机构申请拨付材料无争议情况

对定点医疗机构申请拨付材料无争议情况。在收到定点医疗机构申请拨付材料的15个工作日内，拨付其垫付的职工大额医疗费用补助保险资金。

处理流程：

(1) 收到定点医疗机构申请拨付材料，及时抽取若干专家组成评审委员



会。

(2) 对定点医疗机构的诊疗用药方案及相关诊治行为结合真实病情进行审核，对其科学性、合理性等具有争议的问题进行评审裁定。

(3) 如若判诊疗用药方案及相关诊治行为等符合标准，在收到定点医疗机构申请支付材料15个工作日内，拨付其垫付的职工大额医疗费用补助保险资金。

2. 对定点医疗机构申请拨付材料具有争议情况

对定点医疗机构申请支付材料具有争议情况。通过审核争议裁定，对定点医疗机构的诊疗用药方案及相关诊治行为进行审核，对其科学性、合理性等具有争议的问题进行评审裁定。

处理流程：

(1) 收到定点医疗机构申请拨付材料，及时抽取若干专家组成评审委员会。

(2) 对定点医疗机构的诊疗用药方案及相关诊治行为结合真实病情进行审核，对其科学性、合理性等具有争议的问题进行评审裁定。

(3) 如若判定诊疗用药方案及相关诊治行为等不符合标准，则保险公司明确告知定点医疗机构和相关医保经办机构后不予赔付。

三、理赔时效

为使广大参保人员享受到方便、快捷、舒适、温馨的人保服务流程，确保做到方便参保人员、及时享受人保的保险待遇。我公司对理赔时效进行严格规定并KPI考核指标纳入各级机构及岗位的考核指标，对于未按照理赔时效进行服务的，公司将启动问责机制，根据情况的严重性予以诫勉谈话、停岗



培训、扣发薪资、通报批评、调离岗位等处罚措施，对于理赔时效，我们的要求如下：

合作经办机构接收申报材料后，应及时进行审核，确保审核无争议的案件在收到申报材料 15 个工作日内完成资金拨付。

2.3.4 年度考核与履约保证金考核返还、合同续签方案

职工大额医疗费用补助项目是职工基本医疗保障的拓展和延伸，是基本医疗保障的有益补充，是减轻职工大额医疗费用负担，解决因病致贫、因病返贫问题的迫切需要；是建立健全多层次医疗保障体系，推进全民医保制度建设的内在要求。为保证新乡市 2025-2027 年职工大额医疗费用补助项目的顺利运行，确保新乡市职工大额医疗费用补助项目服务的水平和质量，切实做到“政府放心，群众满意”，保障广大参保职工的切身利益，中国人民财产保险股份有限公司河南省分公司特制定本考核办法。

（一）考核原则

坚持公平、公开、公正原则、坚持市场化考核原则、坚持指标量化考核原则。

（二）考核目的

通过年度考核、履约保证金、合同续签考核方式，进一步推动保险公司服务水平不断提升、服务工作的不断深入和保险合同义务与服务承诺的切实履行，配备合理的合署办公人员及办公设备，保障足额的办公运行费用，整合保险公司资源充分发挥公司的网络优势，让网格化管理的方式更好的服务于新乡市职工大额医疗费用补助项目参保职工，确保新乡市职工大额医疗费用补助项目正常、健康、有序的发展。

（三）考核对象

中国人民财产保险股份有限公司河南省分公司。

（四）考核期限

自合同签订之日起至中国人民财产保险股份有限公司河南省分公司完全履行合同规定的全部服务义务时止。

（五）年度考核、履约保证金、合同续签

根据职工大额医疗费用补助项目的约定，在接到中标通知书后，我公司与新

新乡市医疗保险中心签订《新乡市职工大额医疗费用补助项目承办合同》，并在合同中对年度考核、履约保证金、合同续签相关内容进行约定。

(六) 考核内容

考核主要从合同履行情况、理赔结算情况、专职人员工作质量情况、资金管理情况、服务保障等方面，对服务行为和服务质量进行综合考核。

(七) 考核方式

为提高新乡市 2025-2027 年职工大额医疗费用补助项目年度考核、履约保证金、合同续签考核的科学性、可操作性和考核工作的实效性，通过具体考核指标的打分方式进行履约保证金的考核，考核通过百分制进行打分。



履约保证金考核打分一览表

考核项目	考核基准	基本分	考核标准	加减分	小计得分	权重占比	考核得分
资金管理	资金安全及保障	60 分	遵循相关法律法规和行业规范保障资金安全的得基本分；执行封闭运行，单独核算加 30 分；办公运行费用保障及时加 10 分。	-	-	10%	-
宣传工作	职工大额医疗保险政策宣传	80 分	开展职工大额医疗保险政策宣传普及达到承诺的得基本分；通过媒体开展政策宣传和服务宣传加 10 分；印发服务手册、张贴宣传画等加 10 分。	-	-	10%	-
服务团队	达到约定人数	100 分	常驻服务达到要求人数，且医疗背景人员达标的得基本分；人数每减少一人扣 5 分。	-	-	15%	-
系统对接	实现“一站式”减免	80 分	实现职工大额信息系统与职工基本医保信息系统对接的得基本分；实现医疗机构“一站式”减免达到医保中心年度要求的加 20 分，否则酌情扣分。	-	-	10%	-
医审和巡	医疗费用审核和巡查	80 分	开展医疗费用审核和巡查工作的得基	-	-	10%	-

考核项目	考核基准	基本分	考核标准	加减分	小计得分	权重占比	考核得分
查			本分；开展日常监测和分析加 5 分；按时报送运行信息数据和有关报表及分析报告加 5 分；开展异地医疗调查加 10 分；				
推进改革	协同推进支付方式改革	80 分	积极协同推进职工大额支付方式改革的得基本分；积极规范医疗行为达到医保中心年度要求的加 10 分；积极推进异地就医结算加 10 分。	-	-	10%	-
办公保障保障	机构办公设施建设	60 分	切实加强合署办公建设的得基本分；办公设备满足运营要求加 10 分；提高管理效能，降低管理成本加 10 分；办公设备达到合署办公要求加 20 分；	-	-	10%	-
理赔服务	医疗费用及时报销	70 分	提升服务效率，及时支付参保患者医疗费用的得基本分；定期与定点医疗机构结算上月医疗费用加 10 分；健全投诉受理渠道，自觉接受群众和社会各界监督的加 10 分；对参	-	-	10%	-

考核项目	考核基准	基本分	考核标准	加减分	小计得分	权重占比	考核得分
			保患者自行垫付费用, 能在收到完整资料后现场及时结算加 10 分。				
年度结算	年度结案率 (以申赔案件为计算基数)	90 分	次年2月底完成上年度职工大额医疗保险赔案结案率达 90%的得基本分; 增加(减少) 1%, 加(减) 分 1 分。	-	-	15%	-
综 合 得 分							-

八、考核结果及履约保证金的运用

(一) 新乡市医疗保险中心每年对履约情况进行上述百分制考核, 考核综合得分达到 85 分(含 85 分) 以上, 当年合同的履约保证金(如有) 自动转为下一年度合同的履约保证金, 并按约定正常续签下一年度合同。

(二) 考核综合得分低于 85 分时, 扣减年度考核分数 10%。

(三) 年度考核结果与职工大额保险承办机构的退出机制挂钩, 如综合考核得分低于 60 分, 新乡市医疗保险中心有权终止合同, 没收履约保证金(如有)。

(四) 在履行合同期间出现违约, 新乡市医疗保险中心有权先行用备用周转金对参保患者进行赔付。

(五) 保险合同生效后, 除法律法规规定外, 承办保险公司不得单方面解除合同、中途退出。

九、附则

本办法由新乡市医疗保险中心和人保财险河南省分公司负责解释。

2.3.5 联合办公会议制度及医疗机构监管方案

与医疗保险中心形成定期与不定期的会议、会商制度对有效控制医疗风险，提升联合办公管理和服务水平作用显著；对定点医疗机构医疗费用的监管也是整个职工大额医疗费用补助保险项目经营管理的中中之重。为发挥商业保险机构风险管控能力，遏制不合规的医疗行为，严控医疗费用不合理增长风险，使参保患者真正享受到政府的惠民政策，维护基金安全，我公司特制定以下联合办公会议制度及医疗机构监管方案：

根据总体服务方案要求，为协助医保经办机构对城镇职工大病救助保险相关医疗费用进行监督，规范医疗行为，控制医疗费用，我公司建立了“事前预防，事中控制，事后核查”三位一体的管控模式：

- 一是建立联合会议制度，通报情况形成运行报告；
- 二是设立联合办公网点，切实提升协同审核效果；
- 三是落实监管队伍建设，夯实监管工作基础保障；
- 四是建立风控规章制度，切实规范医疗服务行为；
- 五是运用智能审核系统，赋能违规医疗费用管控；
- 六是加强异地协查服务，充分发挥人保风控优势；
- 七是协助经办机构监督，提升医保基金运营能力；
- 八是制定专项考核方案，建立完善服务评价体系；
- 九是配合开展飞行检查，提供病案审核专业服务；
- 十是应用慢病监管系统，加强慢病监管过程管理。

通过建立联合办公会议制度以及闭环式的监管方案，实现对本项目医疗服务行为的全过程监控管理。

2.3.5.1 联合办公会议制度，通报情况形成运行报告

建立定期联合办公会议制度

我公司在保险期限内，每月召开一次保险联合办公会议，向新乡市医疗保险中心通报保险理赔与服务情况，反馈相关开办问题，就有关问题进行沟通与协商，提出相关工作建议，保持良好合作关系。

建立不定期会商机制

为保证案件处理的公正性，保护参保人的合法权益和基金安全，建立疑难案

件会商机制,针对政策规定不明确的项目,应由联合处置小组会商确定保险责任。

联合处置小组人员组成

组长: 医保中心分管领导

成员: 医保中心相关人员、承办商业保险公司相关人员、外部专家

会商流程

(1) 对政策规定不明确、存在争议的案件,可随时提请联合处置小组进行会商。

(2) 联合处置小组从事故原因、诊疗路径、责任约定、适用法律及政策规定等角度对案件进行具体分析讨论。取得一致意见后填写疑难案件会商表,并签署意见。(附疑难会商表模板)

(3) 承办商业保险公司根据会商意见处理,对于属于职工大额医疗费用补助资金支付范围的医疗费用,进行支付。

(4) 加强会商案件的档案管理工作。应妥善整理和保管特殊、疑难案件的档案资料,做好登记管理工作,指定专人负责管理。



疑难案件会商表

险 别		出险时间		保单号码	
保险期限		被保险人		估损金额	
案 件 基 本 事 由					
专 家 意 见	年 月 日				
研 判 结 果	承保公司（ 签章） 年 月 日				

3.建立运行分析报送机制

(1) 建立职工大额医疗费用补助保险运行分析机制

为了更好的监测分析职工大额医疗费用补助保险经营情况及效果,我公司将建立职工大额医疗费用补助保险运行分析机制,通过对职工大额医疗费用补助保险关键数据的分析,总结职工大额医疗费用补助保险项目运行情况,与医保、医疗机构等部门共同讨论项目阶段性运行情况,并针对相关问题提出解决措施,有效提升职工大额医疗费用补助保险服务能力。

(2) 建立医保基金运行分析机制

医保基金的运行情况受到诸多因素的影响，既有外在的风险因素，也有内在的医保政策调整因素，同时还与医保管理机构或经办医保业务的商业保险公司的管理水平息息相关。来自外在的风险因素主要包括：物价指数的变动、医疗费用的增长、社会经济环境的变化（如疾病谱的变化）、道德风险以及包括重大突发事件在内的不可预见因素等等；内在的医保政策变动同样会直接影响到医保基金的运行结果：一是包括医保起付线标准、报销比例、医保基金最高支付限额、医保用药药品范围、诊疗项目、服务设施和支付标准、定点医院范围以及特殊门诊病种等在内的医保保障政策的变动。二是包括报销流程、对参保人员就医的检查手段、对定点医疗机构管理措施、与定点医院的结算方法和政策等医保监管政策的变化；医保管理机构或承办医保业务的商业保险公司的管理水平，也会关系到医保监管政策的落实和执行，并进而影响到医保基金的运行结果。

在上述这些因素互相叠加的情况下，医保基金的运行结果将呈现某种程度的不确定性和不可预见性。

按照保险原理，对类似由于道德因素以及重大突发事件等因素导致的风险属于完全不可测风险，因此无法通过保险精算的方式进行事先预估，只能在事后通过财务风险转移的方式进行处理。同样，对于医保监管政策变动导致的医保基金运行结果出现的变化，因监管政策及措施相对难以量化，同时政策在执行过程的实效受各种不可预见因素影响较大。因此，较难通过精算的方式进行事先预估，只能通过对监管政策调整后对其实施效果进行定期定量统计分析，预估下一阶段可能对医保基金运行结果带来的影响。

但是，对由于医保保障政策变动导致的医保基金运行结果出现的变化，通过历史数据分析法和可比因子类推法，在政策调整方式确定的前提下，我公司可以通过精算推演对医保基金运行结果的变动值进行事先预估。

对应不同的医保保障政策调整，我公司将建立不同的精算模型，对医保基金运行结果进行测算。在每一个医保年度结束后，我公司将对当年度新乡市医保基金运行情况进行财务和精算回顾，评估上述不同因素对基金运行结果变动值的影响程度，经过连续三年的评估分析，我们可以出具一份整体精算分析报告，总结分析三年来各种因素对医保基金的影响值，建立风险分析指数，从而对今后新乡医保基金保持长期的平稳运行，提高抗风险能力和安全保障能力提供非常重要的参考依据；同时，我司将积极协调、筹划方案，协助政府解决历史遗留问题，维

护参保职工利益。

(3) 建立职工大额医疗费用补助保险运行分析结果报送制度

我公司将按照新乡市职工大额医疗费用补助保险承办管理服务要求，建立职工大额医疗费用补助保险运行分析结果报送制度，编写月度、半年和年度运行分析报告提交新乡市医疗保险中心。通过建立这种常态化的运行分析，及时发现医保基金运行过程中可能出现的异常情况，并分析形成原因，向新乡市医疗保险中心发出风险预警，提出相应解决办法建议，帮助新乡市医疗保险中心实现新乡市职工大额医疗费用补助保险基金的长期、稳定、健康运行。



(4) 运行报告模板

《运行报告模板》

第一部分 202X 年职工大额医疗费用补助保险基本概况

一、总体情况介绍

二、实际收支情况

三、审核工作介绍

四、情况说明

第二部分 202X 年与 202X 年运行情况对比分析

一、保费收入情况对比分析

二、理赔情况对比分析

(一) 数据来源说明

(二) 理赔情况比较分析

三、不合理费用查处情况对比分析

四、结余率情况对比分析

五、结论

第三部分 202X 年职工大额医疗费用补助保险收支及结余情况预测

保费收入情况预测

理赔支出情况预测

结余率情况预测

第四部分取得的成效、存在问题及对策

一、202X 年职工大额医疗费用补助统筹取得的主要成效

二、存在的问题

三、对策及建议

四、需要公司支持内容

第五部分 202X 年明年工作计划

明年工作思路（含风险防范措施、服务创新、精细化管理等）

工作计划（包括审核思路、续保、保费征缴、审核队伍专业化建设、工作态度、人才培养、内控制度建设、防范经营管理风险等）明年工作行事历。



2.3.5.2 设立联合办公网点，切实提升协同审核效果

设立联合办公网点的实施方案

中标后，我公司将本着便民、高效原则，从网络连接、工作场所、人员配置、报销流程等几个方面与统筹地区医保经办机构和定点医疗机构进行衔接，实现联合办公和一站式便民服务，同时不断完善联合办公网点的设置，充分发挥联合办公网点协同审核、基金管控、便民服务的作用，做好新乡市职工大额医疗费用补助保险项目工作。



(1) 网络连接方面

依托公司功能完善的健康险专项信息系统，设计科学合理的信息网络组建方案，保障中标后全面网络对接的快速实现。我公司自主开发的健康保险管理系统，完全具备了与统筹地区基本医疗保险经办机构和定点医疗机构网络系统的对接功能和条件。中标后，我公司确保能够按照新乡市医疗保险中心信息化建设的有关标准和要求，与各级定点医疗机构信息系统和医保信息平台进行有效对接。通过系统对接，加强风险管控、保障资金安全，实行即时结算、实现信息共享，为参保人员提供方便、快捷服务。

(2) 联合办公场所对接方面

总结现有工作场所对接经验，复制公司系统内先进工作模式，快速实现各级工作场所的全面对接。中标后，与市县两级医保经办机构建立联合办公机制，做好新乡市职工大额医疗费用补助保险政策及日常管理工作的沟通与协调；依托医保经办机构如有需要可利用我公司经营场所建立联合办公室，实施联合办公机制，做好新乡市职工大额医疗费用补助保险项目的具体服务工作；在各定点医疗机构设置协同审核点，为参保人员提供“一站式”便捷服务；依托我公司社区门店、三农服务站（点）等服务网点，在街道、乡镇、社区、行政村提供新乡市城镇职工大病救助保险项目便民服务，开展资料收集、政策宣传、理赔咨询等工作，加强基层工作场所各项工作的有效衔接，从而实现市、县（市、区）、乡（镇）、村等工作场所全面对接的服务模式。

(3) 联合办公工作人员配置方面

持续完善专职服务团队的组建模式，提升团队专业化素质，全面做好各环节人员配置的对接。为确保业务专业化运作，我公司采取专管专营的操作管理模式，在省市两级设立“健康险保险事业部”，县区支公司设立“健康险保险服务部”。该项目主要由医学、药学、审计、法律、财会、保险、信息技术等专业背景的人

员组成财务管理、技术支持、风险管控等各方面的工作组，确保了整个项目的有序推进。

中标后，我公司拟通过以下两个方面进一步加强人员配置。一是保持现有团队的人员设置结构，调配、整合现有资源，在持续充实医学背景人员配比的基础上，通过内外部专业技能培训，进一步提升从业人员的专业素质。二是发挥我公司专业人员优势，与医保经办机构建立人员共管机制，形成人员队伍双重管理，增实配强服务队伍力量。



公司联合办公服务窗口图片



公司联合办公平台建设管理制度

中国人民财产保险股份有限公司

社保业务联合办公平台建设管理暂行办法

第一章 总 则

第一条 为了进一步规范社保业务联合办公工作，积极推进联合办公标准化、规范化、专业化、精细化运作，有效控制医疗风险，促进社保业务健康发展，现结合公司实际，特制定《社保业务联合办公平台建设管理暂行办法》（以下简称“本办法”）。

第二条 本办法中的联合办公是指公司接受社保业务管理部门（特指医保、新农合、医疗救助等主管部门，简称“社保部门”）委托，与其建立协作机制，合作开展社保业务管理和服务行为的统称。

第三条 本办法中的联合办公平台是指由承办社保业务的分支机构专门针对与社保部门和医疗机构开展联合办公，并通过相应的协作机制，利用合作各方的资源优势，对社保业务及参保人员提供专业化医疗风险管理及其他健康服务的运行平台。

第二章 联合办公工作目标和组织领导

第四条 联合办公平台建设工作目标

（一）构建医疗风险管控平台，降低社保业务医疗风险，提高社保业务经营效益。



(二) 提升社保业务专业服务水平，增强公司在社保业务领域的核心竞争力，支持社保业务健康快速发展。

(三) 充分利用社保客户和相关信息资源，促进公司业务深度开发，全面拓宽相关保险业务和健康管理服务市场。

(四) 展现公司专业化经营特色，形成领先于其他市场主体的运行模式，塑造公司良好的品牌形象和社会影响。



第五条 联合办公平台建设的组织领导

(一) 联合办公平台建设由总公司社会保险部负责，相关部门配合，各省级分公司社会保险部组织具体实施。

(二) 总公司社会保险部负责管理和指导全系统联合办公平台建设工作。

(三) 省级分公司负责辖区内各分支机构所有联合办公运行平台的规划、建设、指导、考核、监督和评价。

(四) 三级及以下机构负责联合办公日常工作的运行管理及工作成效的检查评估。

第三章 联合办公平台建设的原则和应用要求

第六条 联合办公平台建设的原则

(一) 成本效益原则。通过平台建设与管理，控制医疗风险，降低运行成本，确保实现社保业务“保本微利”目标。

(二) 量入为出原则。根据可用费用多寡，确定平台建设的规模、运行与服务的资源配置计划，厉行节约，充分合理利用好资源，确保平台运行的可持续性。

(三) 突出特色原则。充分利用平台运行管理和服务的优势，培育特色服务和核心能力，确保平台运行模式能够复制、推广和不断创新。

(四) 专业竞争原则。依托联合办公平台的功能、作用和特色，通过承诺方式，在业务拓展中依法合规参与市场竞争，在业务承保后提供规范优质服务，赢得政府和参保民众认可，确保整体业务持续稳健发展。

第七条 联合办公应用的要求

(一) 严控运行成本：强化联合办公平台建设的投入产出意识，合理配置联合办公资源。总体资源配置成本要严格控制在预定的平台运行成本范围内。全程跟踪和评估资源配置使用效益，严格控制不合理费用支出，确保实现项目成本可控和业务经营盈利。

(二) 强化业务协作：通过联合办公平台，强化与社保部门、医疗卫生机构的联系、沟通和协同，形成持续稳定的合作机制，及优势互补、相互依存的互利关系。

(三) 提高运行效率：利用联合办公机制，推进社保业务与基本医保业务运营管理的无缝衔接，减少和消除合作中的信息利用不平等、执行标准不一致、操作规范不统一、管理运行不畅通等不足，使联合办公运行的效率和质量得到实质性提高。

(四) 突出风险管控：运用联合办公方式，推行事前预警、事中干预、事后审核等全程医疗风险管理，借助政府公权力与市场化机制的结合，强化对不合理就医和医疗服务提供行为、不合理诊疗费用支出的控制力度。

(五) 丰富服务内容：结合联合办公工作，有针对性地拓展客户服务内

容，丰富客户服务方式，完善客户服务体系，积极推进多触点、多角度、跨时空、全方位的健康保险与健康管理相结合的服务。

第八条 联合办公平台建设的基本程序

（一）明确建设思路。分析社保业务运行及医疗风险管理现状，研究建立平台运行的可行性，明确平台建设的基本目标、运行模式、预期效果。

（二）协调社保部门。根据平台建设的基本思路，与社保业务管理部门进行沟通，就联合办公的运作方式、协作内容、配套措施等达成一致。

（三）制定建设方案。根据平台建设基本思路、与合作方达成的共识，明确岗位设置、人力、办公设备、信息系统等配置需求及项目预算，制定平台建设方案，报请上级主管部门批准。

（四）平台筹建运行。方案获批后，平台运行管理机构应统筹安排好人员的招聘、培训，确定办公场所，做好平台管理制度和信息系统建设，签订平台运行合作协议，明确合作各方的权利义务等，确保联合办公平台顺利运行。

（五）平台验收考核。联合办公平台筹建完成后，由省级分公司组织人员对联合办公平台进行验收，达到验收标准后方可正式开展联合办公工作。平台运行后定期上报运行情况，总公司适时组织平台运行考核，相关要求另文下发。

第四章 联合办公平台的工作内容建设标准

第九条 联合办公平台的工作内容

（一）医疗巡查。利用驻点巡查、流动巡查、网络监督等形式，定期对参



保人员就医和医疗服务提供进行巡视和检查，防范不合理诊疗行为和费用的发生。

(二) 医疗审核。通过人工或利用系统等方式，核对诊疗过程、诊疗项目和费用的真实性，判断合理性，剔除不合理费用，确定报销内容，作出报销决定。

(三) 结算管理。根据与医保中心或定点医疗机构签订的费用支付相关规定，按照报销决定，利用多种便利方式，与社保部门、医疗机构、参保人员进行及时、准确、便捷的结算。

(四) 健康服务。根据当地社保业务参保人群健康状况，针对性开展健康咨询、健康指导、慢性病管理、二次诊疗服务、转诊管理等健康管理服务。

(五) 其他。通过专门的服务窗口、电话和网络等方式，为公司社保业务及其他业务客户提供社保政策、定点医疗机构就诊等咨询服务；协助开展社保业务客户的异地调查。

第十条 原则上所有社保项目都应建立联合办公平台，符合下列任一条件的情况必须建立联合办公平台：

(一) 业务合作期在三年（含）以上，且保费规模在500万元（含）以上，服务人群超过5万人（含）以上；

(二) 同一区域内承保多项保费规模较小的社保业务，总体保费规模大于500万的，可申请统一的联合办公平台；

(三) 政府合作部门相关文件有明确要求，合作协议有相应约定的。

第十一条 对于业务规模较小，与当地社保部门处于合作初期，暂未建立



联合办公平台的分支机构，可先指定专人负责相关工作，条件成熟后再建立联合办公平台。

第五章 联合办公平台岗位配置标准

第十二条 联合办公岗位配置原则

(一) 根据业务项目特点、运行管理和需求，合理配置各岗位人员，优先满足基础岗位和关键环节需求，并确保医药卫生等专业技术人员合理占比。

(二) 根据社保业务发展规划，提前做好联合办公核心人才的储备，更好地应对联合办公模式复制和平台运行需要。

(三) 建立健全联合办公人员职业生涯规划，组织建立各层级师资队伍，统一调配、使用师资力量，有计划、有步骤地做好专业团队的培训和继续教育工作。

第十三条 联合办公平台岗位设置

联合办公平台岗位设置要求另文下发。

第十四条 岗位人员配置要求

联合办公各岗位人员配置要求另文下发。

第六章 联合办公资源配置标准

第十五条 联合办公资源配置原则

(一) 本着勤俭节约、总额控制统筹考虑费用方便操作的原则，按项目收取的平台运行费用，统一配置资源，并做好固定资产管理。

(二) 省（市）级分公司对辖区内所有社保业务项目所需的联合办公资源，



应统一制定需求计划（形成以市公司为单位，按项目上报或者是项目不具备按照整体上报），按项目上报配置理由、配置标准等相关材料，上报省公司社保部审批。并向总公司报备。

（三）社保部门对联合办公平台资源配置有明确要求的，在确保平台建设费用有保障的前提下，制定资源配置计划。

（四）联合办公场所、对外服务窗口、办公和服务设备、信息系统以及巡查车辆等软硬件，应设有明显的公司标识（按照公司关于办公场所、形象展示的规范执行）。

第十六条 人力配置

具体配备标准和要求另文下发。

第十七条 办公场所配置

（一）保费规模500万（含）以上的社保业务可根据实际情况设立联合办公场所。

（二）医疗审核等办公场所优先选择业务服务窗口所在地，医疗巡查等办公场所优先选择医疗服务提供机构所在地。

（三）需要单独租赁联合办公场所的，人均办公场所面积原则上不超过4㎡、联合办公场所的租赁期限不得超过合作期限。

第十八条 车辆配置

（一）车辆配置参照《关于调整公司各级机构筹建标准的通知》中地市分公司车辆购置预算执行，车辆购买价格（含购置税、车牌费等费用）不超过12万元/辆。

（二）因地理、区域或确属工作需要等原因，对联合办公车辆需求超出地



市分公司车辆购置预算标准的（含购置税、车牌费等费用），分公司须另行说明理由上报审批。

（三）合作期限在3年及以上的，原则上可以申请购置车辆，车辆配置采用总部集中采购配发或分公司自行购置的形式。根据社保业务不同需求，需配置车载其他设备的可一并申请。

（四）对于合作期限较短的社保业务（3年以下），因联合办公工作需要配置车辆的，建议采用租赁的方式配置，租赁费用不超过6万元/年。

第十九条 办公设备配置

（一）计算机设备按每人1台进行标准配置，原则上采用台式机，但医疗巡查等岗位人员实际工作需要的，可配置笔记本电脑。

（二）有联合办公场所的项目，可根据实际工作需要配置多功能一体机或打印机一台，但申报时应说明配置原因。

（三）如医疗巡查工作需要，可以医疗巡查组为单位申请配置照相机、录音笔等设备。

第二十条 信息系统配置

（一）总公司社保部会同信息技术部负责全系统联合办公平台的信息管理系统的统一规划和开发。

（二）实际工作中，应优先整合利用现有系统，另有特殊需求的，“一事一报”进行审批。

第二十一条 审批要求

（一）社保业务项目签订协议后，可按照上述资源配置标准制定配置计划，向总公司社会保险部报批。超出配置标准的需求，应另行说明原因。



(二) 联合办公平台建设费用应严格控制在保费收入（或经办费用）中确定的平台建设费用额度内，同时应预留合作期间日常运行管理费用。

第七章 联合办公平台验收考核

第二十二条 省级分公司应对联合办公平台建设和正式运行进行验收和考核，包括资源配置标准、人员岗位职责、业务流程、规章制度、合作机制和运行管理等方面。

第二十三条 联合办公平台正式运行后，上级分支机构应持续跟踪、评价和考核平台实际运行中的各项工作成效。

第二十四条 总公司定期对省级分公司联合办公总体情况进行考核，考核结果与分公司专业工作业绩及联合办公相关人员的待遇、晋升和奖惩挂钩。

第八章 附 则

第二十五条 本办法由总公司社会医疗保险部负责解释。

第二十六条 本办法自印发之日起执行。

2.3.5.3 落实监管队伍建设，夯实监管工作基础保障

医保基金监管已成为一项常态化重点工作，监管任务的专业化、系统化要求更强，但医保经办机构受人员编制和办公经费限制，在基金监管队伍建设上的投入较为有限。作为城镇职工大病救助保险的承办方，人保财险河南省分公司可以充分发挥自身强大的人才优势、技术优势，投入充足的具有医疗、财务、计算机专业背景的经办人员配合医保经办机构，组建一直有力的医保基金监管队伍。

在配合好医保经办机构监管工作的同时，我公司确保团队建设在强化思想认识、合理配置资源、提升工作技能、实施专业考核等四个方面，能够建立行业最佳标准并提供最具创新意义的举措。

监管团队作为保障整个项目基金安全、巡查到位、赔付合理的机构，由新乡分公司中各专业部门业务骨干抽调组成，并经总、省、市三级公司提供技术指导，负责医疗费用智能审核系统的上线、建立“三位一体”模式的医疗风险管控机制、实现就医全流程管理、协同医保经办机构对参保人员就医行为和定点医疗机构服务行为的监督巡查等监管项目的实施以推进项目顺利开展。

以市级团队为主成立专门的医疗监管队伍，主要负责所辖范围内定点医疗机构及参保人员就医行为的有效监管，以省内其他地市委托为辅在辖区内开展省内异地就医行为监管。



2.3.5.4 建立风控规章制度，切实规范医疗服务行为

根据人保财险承办社保业务的经验来看，对定点医疗机构医疗费用的监管是整个经营的风险管控关键环节。我公司通过事前对历史数据的建模分析、事中医疗巡查与智能审核引擎的在线监控、事后医疗审核和赔案稽核以及对定点医疗机构关键指标的考核等措施加强对定点医疗机构医疗费用的控制。发挥商业保险机构风险管控能力，协助医保经办机构对参保人员就医行为和定点医疗机构服务行为进行监督核查，遏制不合规的医疗行为，严控医疗费用风险，使参保人员真正享受到政府的惠民政策，维护基金安全。

事前风险管控

我公司根据医疗保险风险分析模型，对经验数据进行系统性分析，将重点病种、重点机构、重点人群列为风险管控重点。对管控重点进行分类管理，重点巡查，指导合理诊疗，规避风险。

事中风险管控

我公司将根据人员配置承诺，派驻具有医学、财务、信息技术等背景的专业人员，与医保经办机构联合办公，负责职工大额医疗费用补助保险的日常服务监管。同时，借助审核平台系统中的智能医疗审核引擎，重点关注参保人员就医期间的诊疗行为，加强医疗费用管控。

事后风险管控

我公司根据《社保专项业务理赔实务和操作流程》的要求，通过自主或采购方及其他相关管理部门等方式，对已支付案件进行抽查审核，及时发现存在的问题，堵塞管理漏洞。对市、县（市、区）两级定点医疗机构发生案件抽查比例不低于 30%，对省级定点医疗机构发生案件抽查比例不低于 10%。从而达到提高

理赔各环节管控质量，防范欺诈骗保行为，强化理赔质量及定点医疗机构医疗行为管控的目标。

组建专业团队，实行驻点监管及巡查相结合，切实提高风险管控水平

我公司将建立专业的医管专员队伍，在定点医疗机构设立服务窗口，派驻医管员开展我市职工大额医疗费用补助保险项目的咨询宣传服务及对定点医疗机构的现场监管工作。同时，通过巡查等方式，对医管专员队伍工作情况、医疗机构行为、参保人就医情况进行检查。及时发现问题，拦截不合理的医疗费用，确保基金的安全运行。

医疗巡查开展模式：

驻点巡查：在参保人员就诊量较大的定点医疗机构，选派巡查人员进驻，固定开展医疗巡查。

流动巡查：对于无驻点人员的定点医疗机构，合理安排巡查人员负责多家定点医疗机构，不定期开展巡查服务。

巡查队伍建设：

市级团队：在市级层面成立医疗巡查队伍，负责所辖范围内定点医疗机构就诊参保人员的医疗巡查，并受省内其他地市分支机构委托，开展省内异地就医核查。

医疗团队：由于新乡市市级医疗资源丰富，到市级医疗机构治疗的参保人员日益增多，尤其是疑难重症病患，医疗费用高、管控难度大。因此，我公司将成立新乡市职工大额医疗费用补助项目医疗巡查团队，重点负责在市级医疗机构就诊参保人员的医疗巡查，不断降低不合理医疗费用支出的可能性。

人保异地代勘队伍：对新乡市参保人员在省内异地就医及跨省异地就医的，发挥中国人民保险全国机构、网点健全的优势，委托人保系统其他兄弟分支公司对我市参保人员异地就医的情况进行巡查。

医疗巡查工作内容：

一是根据国家及地方法律法规、新乡市职工大额医疗费用补助保险项目相关政策、定点医疗机构服务管理协议、临床诊疗护理规范、以及医保、医药和医疗管理规定，对医疗机构的行为进行全流程监控。

二是对参保人员身份信息真实性和参保信息准确性进行核对。

三是对职工大额医疗费用补助保险项目政策进行宣导，告知参保人员报销理赔流程及注意事项。

四是建立医疗质量监控标准,并根据巡查情况对定点医疗机构的医疗质量进行客观公正评价,定期将医疗质量评价结果和巡查中发现的问题向各级医保经办机构反馈。

定点医疗机构监督考核

我公司拟通过与医保经办机构协同,共同实施对定点医疗机构的考核评价,发挥商业保险机构专业优势提升医疗保险风险监督管控能力,遏制不合规的医疗行为,严控医疗费用风险,使参保人员真正享受到政府的惠民政策,维护基金安全,具体实施方案包括:

增强定点医疗机构监督人力保障。

我司通过完善医疗巡查、医疗调查、医疗审核专家组,补充并增强基本医保对定点医疗机构的监督管理队伍,定期或不定期的开展业务培训,制定内部绩效管理和激励机制,调动人员的积极性,提升专业能力。

加强对定点医疗机构及其医务人员的医保政策宣传工作。

主要措施为:一是加大宣传,提高医务人员合理用药的职业操守。二是让医务人员明了自身在解决“看病难、看病贵”问题上所起的主导作用。三是明确为参保人员服务要做到“五合理”的原则,在保证医疗质量的情况下能做到能门诊治疗的不收住院,能用便宜药的就不用昂贵的药,不做与本次住院就医无关的检查化验,可做可不做的检查、化验不做,不该向病人收的费用坚决不收,切实降低患者就医用药负担

宣传定点医疗机构及其医务人员的医保政策违规成本。

在对定点医疗机构的服务监督和日常医疗巡查过程中,要不断正面宣传医保政策,披露问题严重的单位和医务人员违规代价,做到教、惩结合,处理得当。



定点医疗机构医保服务考核评价办法

评价指标

主要评价定点医疗机构落实医疗保险政策法规及新乡市职工大额医疗费用补助保险项目服务情况，包括就医管理、医疗服务质量管理、服务协议执行、患者满意度等方面。根据所有评价指标得分进行相加，满分为100分。

评分标准

评价 指标	评价内容	分值
就医管 理 (满分 25 分)	被评定医疗机构就医条件良好，包括就诊大厅、住院病房干净整洁，医疗器械完善，就医导航点设置在明显位置	得 25 分
	被评定医疗机构就医条件良好，就诊大厅、住院病房相对整洁，医疗器械基本齐全，就医导航点未设置在明显位置	得 15 分
	被评定医疗机构就医条件较差，医疗器械基本齐全，未设置就医导航点	得 10 分
	被评定医疗机构就医条件差，医疗器械不齐全，未设置就医导航点	得 0 分

医疗服务质量 管理 (满分 25)	被评定医疗机构有良好的医疗服务, 近 5 年内未出现医疗事故	得 25 分
	被评定医疗机构有良好的医疗服务, 近 3 年内未出现医疗事故	得 15 分
	被评定医疗机构有良好的医疗服务, 近 2 年未出现医疗事故	得 10 分
	被评定医疗机构有良好的医疗服务, 近 1 年出现过医疗事故	得 0 分
服务协议执行情况 (满分 25 分)	不审核参保患者社保卡, 住院期间不携带社保卡的	查实一例扣 1 分
	过度检查、治疗、用药, 超限制范围用药, 出院超量带药的	查实一例扣 1 分
	收费项目不符合有关规定, 费用与病历不符	查实一例扣 2 分
	考核评价时, 不能及时提供真实、完整的医疗病历档案	每份资料扣 2 分
	日常审核时, 每发现一例不合理费用	扣 1 分
	次均费用及其增长幅度, 超过同类同级医疗机构次均费用增长 10%的	每超过 1%扣 0.5 分
	平均住院天数, 超过同类同级医疗机构平均住院天	每超过一天扣



	数 10%的	0.5 分
	自费药品占总药费比例控制在三级医疗机构 15%、二级医疗机构 10%、乡镇级医疗机构 5% 以内	每超过 1%扣 0.5 分
	住院人次数占总诊疗人次比例,超过同类同级医疗机构平均比例 10%的	每超过 1%扣 0.5 分
患者满意度 (25 分)	采用现场满意度调查以及电话回访的方式进行满意度测评, 被评定医疗机构满意度应该高于 80%	每低一个百分点扣 1.25 分

激励机制

实行医疗机构考核评价分级激励机制。建议医保经办机构对评分85分以上的定点医疗机构采取相应的激励措施, 促进定点医疗机构实现自我管理、自我约束, 如提高预付比例、适当提高总额预付资金分配标准、优先结算、简化费用审核与结算程序等。

退出机制

建立医疗考核评价退出机制。对已获相应评价级别的医疗机构, 由评定机构进行跟踪监督。如有严重违规行为, 或受到相关部门处理以及在考核评价时有弄虚作假等行为的, 可以降低评价级别或取消评价资格。

违规处理

定点医疗机构及其工作人员有下列行为之一者，建议医保经办机构根据《定点医疗机构服务协议》约定，视其情节轻重，予以警告、限期整改，直至终止定点合作。并将违规情况上报医保经办机构；构成犯罪的，移交司法机关处理。

违反诊疗常规、技术操作规程，有超出诊疗必要限度的过度检查、用药、治疗等违规行为，造成医疗资源浪费和基金损失；

采取伪造病历挂床住院、虚假住院或者以伪造、变造证明材料等违法手段骗取基本医疗保险基金；

使用职工大额医疗费用补助保险资金支付非参保人员本人的医疗费用，或者将基本医疗保险信息平台提供给非定点医疗机构使用；

未履行患者知情同意制度，使用基本医疗保险支付范围外药品，或提供医保支付范围外诊疗项目和医疗服务设施的；

无正当理由拒绝为参保人员提供医疗服务，对参保患者限定住院费用，将属于职工大额医疗费用补助保险资金支付的医疗费用转由参保人员个人支付；

违反收费规定，超标准收费、分解收费、多收费的；

为参保患者提供与所患疾病无关的检查、治疗和用药服务的；

将不符合出入院或者转院标准的患者安排出入院或者转院，分解住院次数或者故意延长患者住院时间，造成基本医疗保险基金损失；

以各种方式为参保人员骗取职工大额医疗费用补助保险资金提供方便或积极配合的；

其他违反职工大额医疗费用补助保险管理规定的行为。



通过信息化监管手段，提升医疗机构监督效率

面对全省上千家定点医疗机构，每日数十万条结算数据，如果仅靠人工查阅结算账单、病史、处方等原始方法进行监督审核，医保监管很难高质量的实施。因此通过前面所提到的医疗费用实时监控核查系统，在完善医保结算系统项目数据库，开发利用医疗机构上传的费用明细数据，建立网上公共数据平台的基础上，建立医保费用审核指标体系，完善医保实时智能监督审核系统，实现“监管、分析、统计、预警”四项功能，实现在线网络监控与审核，调高医保监管的效率和水平。

引进社会监督力量，加强对定点医疗机构的日常监督

探索实施医保政策违规举报奖励机制，引进社会力量，比如联合基本医疗保险主管部门共同聘请人大代表、政协委员、政府有关部门、参保单位和参保人员等担任社会监督员，共同发挥社会力量对医疗机构违规行为的日常监督。

大额医疗费用疑点审核方案

加强住院报销票据真实性审核。对大额住院病例，尤其是异地住院病历，仔细审查发票号码有无重复、费用清单中的手术费、麻醉费、抢救费、检查费等之间是否存在问题，仔细辨认费用清单的式样、出院小结的字迹、公章的形状和清晰度，辨别真伪票据的差异，对可疑者，可当面询问其诊疗过程的相关细节，声言手术者可查看其手术疤痕。

对可疑病例及时与有关医疗机构取得联系，进一步确认票据的真伪和住院病案是否存在。

配合医保经办机构随机稽核方案

我公司将在各级政府主管部门的具体指导和授权下，结合医保信息平台数据，建立以职工大额医疗费用补助保险和基本医保协同管理，配合医保经办机构开展

医疗行为的稽核巡查。

我公司的驻点、巡查队伍将在市县两级医保经办机构监控系统的网上监控和预警提示基础上，做好日常巡查稽核和专项、重点稽核工作，按照诊疗流程的不同阶段工作需求，有计划、有重点地开展工作。

核查就医人员身份信息方案

我公司将采取全方位保障服务模式，引进“健康保险+健康管理”先进理念，建立“病前健康管理、病中诊疗监控、病后赔付核查”的“三位一体”的医疗风险管控机制，与医保经办机构建立联合巡查组，对医疗机构服务行为进行全流程监督，对参保住院人员进行骗保欺诈骗风险管理，避免过度医疗及虚假医疗行为的发生，保障基金安全。

病前健康管理

通过我公司建立的政府联合机制、专家审核机制，通过健康讲座、健康咨询、健康体检、健康通讯、慢病管理等形式为参保人员提供全方位的健康管理服务，提高参保人员的健康水平，从源头上控制医疗费用的产生。

病中诊疗监控

我公司在医保经办机构的具体指导和授权下，结合审核平台专项系统，建立以新乡市职工大额医疗费用补助保险项目和基本医保协同管理，开展医疗行为的稽核巡查。

我公司的驻点、巡查队伍将在医保卫健等部门监控系统的网上监控和预警提示基础上，做好日常巡查稽核和专项、重点稽核工作，按照诊疗流程的不同阶段工作需求，有计划、有重点地开展工作。

前期阶段

建立身份核实机制。重点是进行报销资格审查，根据信息系统中的信息，结合参保人员的身份证、社保卡进行身份审核，防止冒名顶替。

建立住院就医原因审核机制。通过入院通知书上的诊断来判断就医性质是否属于职工大额医疗费用补助保险责任范围。

建立入院指征审核机制。结合参保患者以往历史、入院诊断，通过视诊参保患者的病情进行观察与判断，审核是否符合入院指征。

中期阶段

我公司业务系统将同步参保患者所有医疗费用明细数据及住院信息，通过驻



院代表定期查房和费用审核，对诊疗行为进行全程监控。

(1) 建立新乡市职工大额医疗费用补助保险项目业务住院审核机制在获悉参保人员就医后，调查人员需完成以下工作：

- 调阅档案，了解患者住院原因
- 与主治医生沟通门诊经过
- 与患者当面交谈核实病情
- 完成调查笔录
- 向主管部门提供调查报告



(2) 建立住院期间病案跟踪核查机制

患者在住院期间，驻院代表将通过调阅病案及与患者沟通的方式了解以下内容：

医嘱书写是否及时，有无当天录入电脑（预防出现先用药，后补录，出现信息造假风险）；

用药、诊疗及检查是否与费用清单相符（预防虚假治疗）；

检查项目与药品使用是否合理，是否存在过度检查和过度治疗，或是与本次住院无关的治疗和检查（控制滥用检查、滥用治疗）；

收费项目是否符合基本医疗政策，是否存在重复收费及分解收费等情况（控制多收费、重复收费）。

重点关注是否存在以下情况：

是否滥用抗生素：参考卫生部下发的《抗菌药物使用原则》，了解患者治疗方案有无更改，查房时看其病情是否有变化，医生是否根据病情变化来更换用药。

是否符合药物适应症：驻院代表根据常用药物的适应症，了解医生用药是否合理；用药量是否过大，用药时间是否过长。是否同一类型的药物长时间、大量使用。

审核检查是否合理：入院初期所做的检查是否为常规检查；是否存在重复检查，是否利用近期在其它同级或以上医疗机构的检查结果；是否作为疗效指标观察的检查（注意其反复检查的频率及其结果）；是否为确诊该病的首选辅助检查（例如通过 CT 检查就可确诊而选择 MRI 检查）；是否做与诊治病情无关的检查。

审核治疗是否合理：是否滥用治疗手段，常见的有心电监护和血氧饱和度监测、吸氧、血糖测定、无创性血压监测等，留意患者实际接受治疗的时间与明细上显示的使用时间是否一致；是否“小伤大养”，结合伤情判断其恢复情况，是否达到出院指征；是否挂床治疗，连续几天请假或住院期间不出院观察的病人，应及时与医生沟通情况，了解是否符合住院指征或已达到出院的标准。

(3) 建立住院期间特殊检查机制

对住院期间超过一定金额的特殊检查和治疗，必须在征得患者或其家属同意后先审批后执行，如遇紧急情况，可先执行，但必须在规定时间内补齐审批手续。特殊检查原则上只限一次。

(4) 建立每月不定期空、挂床检查机制

检查人员每月不定期通过系统打印各定点医疗机构所有住院患者清单，利用白天、晚上、节假日等不同时段到各医疗机构按照名单核实所有住院患者，发现有不在床参保患者，记录并请医务人员签字确认。每月再复查 2-3 次，以确保调查结果的真实性和准确性。对检查中发现空床的，到其家中、邻居、单位等处了解，以防止无故住院套取资金。

查房过程中如发现空床现象，通过以下情况分析是否为挂床：观察床铺是否整洁，床头柜内是否有参保人员日常用品或食品，如床铺整洁，且未发现参保人员日常用品，即拍照固定证据；询问临床病友，参保人员是否在院，一般在院时间，并录音；即刻给参保人员打电话，了解其是否在医疗机构，如在医疗机构前往探访，或要求其在 10 分钟之内回病房。

面访医护人员了解参保人员去向，是否有请假条。（包括请假者及无请假条者一律找值班医护人员签名，如不签名者与医疗机构医保科联系解决，请假条须按规定填写，一式两份不得涂改。

通过查房如发现两名或多名参保人员床号相同，即视为叠床住院。

(5) 建立出院指征审核机制

调查人员结合参保患者病情判断其恢复情况，是否达到出院指征，如果病情已稳定达到出院标准，督促医生为其办理出院。医疗机构应当日为符合出院指征的参保患者办理出院手续。

在调查过程中做好记录工作并及时向主管部门汇报调查情况，由相关部门向医疗机构提出整改措施。

后期阶段（病案核查、案件调查、异地查勘）

在加强参保人员住院过程管理的同时，通过费用审核机制、理赔调查等方式监控医疗费用使用风险。我公司将根据承办协议要求及定点医疗机构管理规定，采用多种方式，对补偿资金支付凭证，结合原始病历进行二次审核，高额疑难案件提交专家评审组，无法认定责任的，派遣调查人员开展理赔调查工作，保障保险资金合理有效使用。

通过病历审核、网上审核、电话审核等多种核查方式，严控费用发生的真实性。

通过出入院记录、病历，审核住院患者是否在保险责任范围内。

对于责任范围内的医疗费用，进一步核查凭证资料完整性、真实性。

审核用药诊疗，确定有无虚假现象。

加强住院报销票据真实性审核。对大额住院病例，尤其是异地住院病历，仔细审查发票号码有无重复、费用清单中的手术费、麻醉费、抢救费、检查费等之间是否存在破绽，仔细辨认费用清单的式样、出院小结的字迹、公章的形状和清晰度，辨别真伪票据的差异，对可疑者，可当面询问其诊疗过程的相关细节，声言手术者可查看其手术疤痕。

对可疑病例及时与有关医疗机构取得联系，进一步确认票据的真伪和住院病案是否存在。

对可疑的大额病例作重点标记，鼓励其他参保人员在掌握线索和证据的情况下及时举报，对举报有功者给予奖励。

主动与公安部门联手，依法打击骗取医保基金的非法活动。

就医后赔付核查

在加强参保人员住院管理过程的同时，我公司在日常案件审核的基础上，根据需求和实际情况，不定期开展疑难案件的医疗专家评审工作，对于疑难案件，定期组织医疗专家集中审核。我公司通过就医后回访、健康提醒等方式为出院患者提供医保人文关怀服务。

2.3.5.5 运用智能审核系统，赋能违规医疗费用管控

对参保人员在院已发生的直接结算医疗费用采取“系统+人工”的方式完成“事后”审核是医保日常监管的重要方式之一。公司自主设计开发了智能医疗审核系统，是公司健康保险管理系统的专项审核子系统，已普遍应用于基本医保和

大病救助保险费用审核。旨在进一步构建医保经办机构、商业保险公司各司其职、密切配合、互相协作的工作机制。采取审前共商即科学制定审核标准和计划，注重线上线下审核有机结合。二是审中协作。双方密切联动，指派专人负责联系医保智能审核工作，做好医保智能审核系统结果确认，医保经办机构监督审核人员工作全流程。三是结果转化。对通过审核发现的典型性、普遍性、倾向性问题及时研究，梳理违规特点，及时优化审核规则。



智能审核系统在人保财险公司内部运用案例

人保财险下辖安徽省分公司上线应用智能审核系统，利用计算机强大处理能力，通过审核引擎调用系统已启用的审核规则对医疗费用单据逐个进行智能审核，出具审核结果，并由医学专业审核人员进行人工初核、复核和终审。系统可以直接将人工初核后的结果推送到费用产生医院，若医院对审核结果有疑义，可在线进行申诉。推送和申诉过程可以往复，直至双方意见达成一致。

智能审核系统为医疗保险费用的监控、审核提供快速准确的分析、处理功能，从源头做好基金风险的管控。我公司智能审核监管系统已最早于 2016 年 8 月在安徽省巢湖市、淮北市、池州市亳州市实现正式应用智能审核系统参与医疗风险管控。先是通过专家审核病案，查找当地医疗机构习惯性违规医疗行为和违规收费形式，再将审核规则嵌入智能审核系统，确保审核结果没有假阳性。2017 年 7 月，启用 7 条无需人工复核确认的全自动审核规则，应用智能审核系统对巢湖辖区内定点医疗机构正式进行自动审核，经过与医疗机构的反复沟通，人保公司和医保经办机构联合下文，扣减住院违规医疗费用近 2000 万元，开启了人保财险系统内利用智能审核结果直接扣减违规医疗费用的先河。

智能审核系统参与医疗风险管控，使用信息化手段完成医疗行为的信息审核和分析，预警违规医疗行为，核减违规医疗费用，不仅实现了大数据定性分析的宏观审核，同时也实现了对每个病案违规费用的微观审核，同时核减医保政策不可报费用和医疗行为不合规费用，提高了审核效率，控制医疗费用的过快增长，有效保证基金的安全。

违规情况：

医疗行为与医疗费用智能监管审核系统

你好, 医保管理 [修改密码] 注销退出 关于 --选择主题--

菜单导航: 违规信息浏览, 审核台账查询, 审核反馈查询, 结算总费用查询, 药品总费用查询, 人均报销费用查询, 医疗费用违规趋势, 慢病门诊费用趋势, 药店销售金额排名, 药品销售金额排名, 慢病病种金额排名, 违规类别金额排名, 违规规则金额排名, 违规机构金额排名, 违规科室金额排名, 违规患者金额排名, 违规扣款明细查询

单据初审 | 医疗费用违规趋势 | 药品分析 | 违规人次 | 违规规则金额排名

核算日期: 2015/1/1 至: 2016/1/14 医疗机构: 全部 审核状态: 初审 查询 导出Excel 关闭

#	违规规则	违规人次	违规金额	占违规总费用比例 (%)	占就诊总费用比例 (%)
1	无指征用药	3005	¥2,766,152.07	41.03	2.73
2	超物价标准收费	5043	¥1,824,818.58	27.07	1.86
3	转院住院	150	¥845,948.88	12.55	0.84
4	静脉输液数量异常	2257	¥425,926.79	6.32	0.42
5	超频次收费	1937	¥373,581.25	5.54	0.37
6	床位费过量	553	¥175,082.60	2.59	0.17
7	项目费用不明	11	¥167,021.38	2.48	0.17
8	级别护理过量	450	¥59,571.60	0.88	0.06
9	限定年龄用药	7	¥2,226.20	0.03	0
10	限定性别用药	37	¥614.44	0.01	0
11	禁忌症用药	2	¥375.76	0.00	0
12	高值检查	926	¥0.00	0	0
13	入(出)院诊断异常	213	¥0.00	0	0
14	住院间隔异常	1764	¥0.00	0	0
总条数: 16			合计金额: ¥6,641,319.55	合计比例: 85.54%	

违规基金变化趋势：



2.3.5.6 加强异地协查服务，充分发挥人保风控优势

异地协查服务方案

在现阶段为提高全系统异地就医和异地出险风险管控能力，提升公司整体竞争力，展现人保财险机构网点优势，我公司可采取以下相关机制，途径开展异地就医核查工作：



（一）利用已有的途径解决特殊地域异地就医问题

针对各分公司异地就医多集中在北京、上海等大城市且北京、上海分公司在现阶段基本无社保业务、无社保团队的实际状况，为提升分公司在北京、上海等地发生的异地就医费用核查相关工作效率，降低异地核查成本，总公司下发了《关于下发北京、上海异地就医核查相关途径和方式的通知》（协作任务（总）-2018-11559）。

（二）各分公司之间倾力互助

社保业务作为民生业务之一，各分公司切实增强全局观念、大局意识，以全国社保是一家的理念加强配合协调、互相支持帮助。对跨省异地就医赔案核查，就医地分公司会充分利用当地的巡查团队、调查团队等业务资源协助承保地分公司高标准、高质量地完成异地就医协查工作；对省内各地市之间异地就医的赔案核查，由省公司统筹协调处理。

（三）实现政商理赔融合协同

本地社保理赔团队或理赔力量较弱的地市分公司，积极与各地理赔中心人伤理赔团队协调沟通，将政策性业务与商业性业务资源有机融合，借力当地商保的人伤理赔资源快速准确地完成其他分公司委托的社保业务异地核查

任务，不断提升公司服务能力，发挥全国的网点优势。

（四）委托第三方调查机构

对于案情复杂、取证困难、性质难以认定的赔案，可与第三方调查机构合作，依托外部资源开展调查工作。

（五）组建专业核查队伍

各省、市级分公司在全省组建专业的异地就医核查小组，全省各地市分公司积攒一批在某地就医的赔案后，核查小组派人前往就医地集中进行实地调查，高效率且节省核查成本。

（六）联合医保部门进行异地案件核查

各分公司加强与当地医保主管部门合作，得到主管部门的认可和支持，可借助当地医保等相关部门的协助远程与异地医疗机构建立联系、获得真实的查询结果。



我公司利用机构网络优势开展异地核查证明材料：

1.江苏省调查案例：铜陵市义安区医疗工伤生育保险服务中心拟对在江苏南京就医案件 17 笔进行异地调查。随即我公司利用机构网络优势，于 2019 年 11 月 25 日向人保财险江苏省分公司社会医疗保险事业部发函，请求协助开展异地案件调查。同年 12 月 2 日人保财险江苏省分公司社会医疗保险事业部即完成全部调查工作，并复函。

中国人民财产保险股份有限公司安徽省分公司

关于请求协助开展医疗案件异地调查的函

江苏省分公司社会医疗保险事业部：

铜陵市义安区医疗工伤生育保险服务中心要求我公司发挥全国健全的机构网络优势，协助当地开展医疗案件异地调查，现有我公司承保的铜陵市义安区城乡居民、城镇职工大病保险项目异地就医案件 17 笔，随函附铜陵市义安区医疗工伤生育保险服务中心出具的介绍信 7 封，患者就诊材料 17 份，烦请贵公司协助调查，具体调查案件信息如下：

序号	姓名	身份证号	就诊医院	疾病	总费用(元)	住院号
1	吴明金	34070319630210401X	南京鼓楼医院	肾移植	8249.54	00196093382
2	吴明金	34070319630210401X	南京鼓楼医院	肾移植	8249.54	00196093381
3	刘永清	34072119811024153X	南京鼓楼医院	混合性肝癌	64742.03	4869335
4	李国根	340721197406221525	南京鼓楼医院	血液系统恶性肿瘤	110163.08	4881717
5	范光耀	340721196303112139	南京鼓楼医院	胆总管结石	68000.31	4887925
6	周永进	340721197506292718	南京鼓楼医院	肾移植	117735.33	4873578
7	汪佩珍	340721197010092747	南京军区南京总医院	骨折	63417.1	840313
8	丁桃英	340721197111230061	南京市第一医院	先天性心脏病	91128.48	1515798
9	孙 冲	340721201810215150	南京市儿童医院	腹股沟斜疝	64960.09	000117555
10	吴金菊	340721195311102025	南京紫金医院	动脉粥样硬化	113833.95	18001214

- 1 -

11	吴金菊	340721195311102025	南京紫金医院	先天性心脏病	113833.95	19000097
12	吴金菊	340721195311102025	南京紫金医院	先天性心脏病	213037.3	846186
13	吴金菊	340721195311102025	南京紫金医院	先天性心脏病	213037.3	846186
14	吴金菊	340721195311102025	南京紫金医院	先天性心脏病	191626	846186
15	符青松	340721197311202751	南京紫金医院	糖尿病性肝病	98323.3	859489
16	周金峰	340721196305025117	南京紫金医院	糖尿病性肝病	130176	866914
17	汪忠凯	340721195410121338	中国人民解放军第八一医院	十二指肠癌	107827.8	464524

此函。

中国人民财产保险股份有限公司安徽省分公司
社会医疗保险事业部
2019年11月25日

- 2 -

中国人民财产保险股份有限公司江苏省分公司

关于协助开展医疗案件异地调查的复函

安徽省分公司社会医疗保险事业部：

你省分公司委托我公司协助调查的 17 笔铜陵市义安区城乡居民、城镇职工大病保险等项目参保患者在江苏省南京市就诊的医疗案件，经我公司委派兰凯、罗婷 2 人前往南京鼓楼医院、南京军区南京总医院、南京市第一医院、南京市儿童医院、南京紫金医院、南京总医院、中国人民解放军第八一医院进行现场核实，并要求医院出具核查反馈表，核查结果如下：

序号	姓名	身份证号	就诊医院	疾病	总费用(元)	是否属实
1	吴明金	34070319630210401X	南京鼓楼医院	肾移植	8249.54	属实
2	吴明金	34070319630210401X	南京鼓楼医院	肾移植	8249.54	属实
3	刘永清	34072119811024153X	南京鼓楼医院	混合性肝癌	64742.03	属实
4	李国根	340721197406221525	南京鼓楼医院	血液系统恶性肿瘤	110163.08	属实
5	范光耀	340721196303112139	南京鼓楼医院	胆总管结石	68000.31	属实
6	周永进	340721197506292718	南京鼓楼医院	肾移植	117735.33	属实
7	汪佩珍	340721197010092747	南京军区南京总医院	骨折	63417.1	属实
8	丁桃英	340721197111230061	南京市第一医院	先天性心脏病	91128.48	属实
9	孙 冲	340721201810215150	南京市儿童医院	腹股沟斜疝	64960.09	属实

- 1 -

10	吴金菊	340721195311102025	南京紫金医院	动脉粥样硬化	113833.95	属实
11	吴金菊	340721195311102025	南京紫金医院	先天性心脏病	186175.31	属实
12	吴金菊	340721195311102025	南京紫金医院	先天性心脏病	213037.3	属实
13	吴金菊	340721195311102025	南京紫金医院	先天性心脏病	142874.6	属实
14	吴金菊	340721195311102025	南京紫金医院	先天性心脏病	191626	属实
15	符青松	340721197311202751	南京紫金医院	糖尿病性肝病	98323.3	属实
16	周金峰	340721196305025117	南京紫金医院	糖尿病性肝病	130176	属实
17	汪忠凯	340721195410121338	中国人民解放军第八一医院	十二指肠癌	107827.8	属实

此函。

中国人民财产保险股份有限公司江苏省分公司
2019年12月2日

- 2 -

2.上海市调查案例：铜陵市义安区医疗工伤生育保险服务中心拟对在上海市就医案件 29 笔进行异地调查。随即我公司利用机构网络优势，于 2019 年 7 月 29 日向人保财险上海市分公司社会医疗保险事业部发函，请求协助开展异地案件调查。同年 8 月 5 日人保财险上海市分公司社会医疗保险事业部即完成全部调查工作，并复函。

中国人民财产保险股份有限公司安徽省分公司

关于请求协助开展医疗案件异地调查的函

上海市分公司社会医疗保险事业部：

铜陵市义安区医疗工伤生育保险服务中心要求我公司发挥全国健全的机构网络优势，协助当地开展医疗案件异地调查，现有我公司承保的铜陵市义安区城乡居民、城镇职工大病保险项目异地就医案件 29 笔，随函附铜陵市义安区医疗工伤生育保险服务中心出具的介绍信 14 封，患者就诊材料 29 份，烦请你公司协助调查，具体调查案件信息如下：

序号	姓名	身份证号	就诊医院	疾病	总费用(元)	住院号
1	曹小东	340721195508030923	第二军医大学第二附属医院(长征医院)	骨髓型慢性粒细胞白血病	57857.71	743159
2	姚洪义	340721197607111816	第二军医大学第二附属医院(长征医院)	弥漫性大B细胞淋巴瘤	186695.7	745470
3	罗文	340721196803060062	第二军医大学第三附属医院(东方肝胆医院)	胰腺恶性肿瘤	65358.25	344112
4	王新怡	340721201807251548	复旦大学附属儿科医院	室间隔缺损	105707	289357-01
5	朱乾理	340721200812191530	复旦大学附属儿科医院	横纹肌溶解	61845.84	276596-06
6	文松林	340721196907302142	复旦大学附属华山医院	脑梗死	61566.59	97016687
7	徐芳	340721198109250623	复旦大学附属华山医院	脑梗死	154724.06	91127756
8	余明	340721197308234840	复旦大学附属华山医院	恶性肿瘤术后放疗治疗	52632.23	528366
9	朱来发	340721195801182117	复旦大学附属华山医院	食管癌	69785.53	1178979
10	黄春章	34072119490307151X	复旦大学附属华山医院	食管癌	75444.43	594081
11	李翠兰	340721196510306644	复旦大学附属华山医院	乳腺癌	57728.16	561854
12	董小平	340721194903254816	复旦大学附属华山医院	膀胱癌	66791.33	598378

- 1 -

中国人民财产保险股份有限公司上海市分公司

关于协助开展医疗案件异地调查的复函

安徽省分公司社会医疗保险事业部：

你省分公司委托我公司协助调查的 29 笔铜陵市义安区城乡居民、城镇职工大病保险项目的参保患者在上海市就医的医疗案件，经我公司委派胡、董、董、董 2 人前往第二军医大学第二附属医院(长征医院)、第二军医大学第三附属医院(东方肝胆医院)、复旦大学附属儿科医院、复旦大学附属华山医院、复旦大学附属金山医院、复旦大学附属中山医院、复旦大学附属肿瘤医院、华东医院、上海儿童医学中心、上海交通大学医学院附属第九人民医院、上海交通大学医学院附属瑞金医院、上海交通大学医学院附属新华医院、上海市儿童医院(普陀)、上海市公共卫生临床中心进行现场核实，核查结果如下：

序号	姓名	身份证号	就诊医院	疾病	总费用(元)	就诊医院是否属实
1	曹小东	340721195508030923	第二军医大学第二附属医院(长征医院)	骨髓型慢性粒细胞白血病	57857.71	情况属实
2	姚洪义	340721197607111816	第二军医大学第二附属医院(长征医院)	弥漫性大B细胞淋巴瘤	186695.7	情况属实
3	罗文	340721196803060062	第二军医大学第三附属医院(东方肝胆医院)	胰腺恶性肿瘤	65358.25	情况属实
4	王新怡	340721201807251548	复旦大学附属儿科医院	室间隔缺损	105707	情况属实
5	朱乾理	340721200812191530	复旦大学附属儿科医院	横纹肌溶解	61845.84	情况属实
6	文松林	340721196907302142	复旦大学附属华山医院	脑梗死	61566.59	情况属实
7	徐芳	340721198109250623	复旦大学附属华山医院	脑梗死	154724.06	情况属实
8	余明	340721197308234840	复旦大学附属华山医院	恶性肿瘤术后放疗治疗	52632.23	情况属实
9	朱来发	340721195801182117	复旦大学附属华山医院	食管癌	69785.53	情况属实
10	黄春章	34072119490307151X	复旦大学附属华山医院	食管癌	75444.43	情况属实
11	李翠兰	340721196510306644	复旦大学附属华山医院	乳腺癌	57728.16	情况属实
12	董小平	340721194903254816	复旦大学附属华山医院	膀胱癌	66791.33	情况属实

- 1 -

当地医保经办机构确认表:

铜陵市义安区2019年度上海就医大额医疗案件异地调查情况表

序号	姓名	身份证号	医院名称	疾病编码	入院日期	出院日期	总费用	住院号	调查情况
1	曹小荣	340721195508030923	第二军医大学第二附属医院（长征医院）	脊髓型颈椎病	2019-03-12	2019-03-15	57057.71	743159	情况属实
2	姚洪义	340721197607111816	第二军医大学第二附属医院（长征医院）	弥漫性大细胞淋巴瘤	2019-03-30	2019-05-05	186695.7	745470	情况属实
3	罗文	340721196803060062	第二军医大学第三附属医院（东方肝胆医院）	输尿管肿瘤	2019-04-22	2019-05-07	65358.25	344112	情况属实
4	王新怡	340721201807251548	复旦大学附属儿科医院	室间隔缺损	2018-11-12	2018-12-07	105707	289357-01	情况属实
5	朱钱程	340721200812191530	复旦大学附属儿科医院	横纹肌肉瘤	2018-12-03	2018-12-19	61845.84	275536-06	情况属实
6	文桂枝	340721196907302142	复旦大学附属华山医院	斜坡脑膜瘤	2019-04-08	2019-04-22	61566.59	97015687	情况属实
7	徐芳	340721198109250623	复旦大学附属华山医院	海绵状血管瘤	2018-12-28	2019-02-22	154724.06	91127566	情况属实
8	涂凤明	340721197308234840	复旦大学附属金山医院	恶性肿瘤术后放射治疗	2019-04-25	2019-06-05	52632.23	5283	情况属实
9	查来发	340721195801182117	复旦大学附属中山医院	食管肿瘤	2019-02-11	2019-02-21	69785.53	1178979	情况属实
10	黄春草	34072119490307151X	复旦大学附属肿瘤医院	食管肿瘤	2019-02-11	2019-02-21	75444.43	594081	情况属实
11	李要兰	340721196610306644	复旦大学附属肿瘤医院	乳腺恶性肿瘤	2019-01-08	2019-02-01	57728.16	561054	情况属实
12	盛小平	340721194603254816	复旦大学附属肿瘤医院	肺恶性肿瘤	2019-03-15	2019-04-08	66791.33	598378	情况属实
13	谢如意	340721196501122715	复旦大学附属肿瘤医院	食管恶性肿瘤	2019-04-18	2019-04-30	78144.68	604137	情况属实
14	郑荣水	340721194404201818	复旦大学附属肿瘤医院	食管恶性肿瘤	2019-01-10	2019-01-23	59611.77	591138	情况属实
15	周慧芬	340721199110100926	复旦大学附属肿瘤医院	乳房恶性肿瘤个人史	2018-07-16	2018-07-16	50165	549760	情况属实
16	韦红梅	340721197210234826	华东医院	烟雾病	2018-12-03	2018-12-24	64766.33	491371	情况属实
17	鲍子涵	340721201511131512	上海儿童医学中心	急性淋巴细胞白血病	2019-01-04	2019-01-29	104490.24	358273	情况属实

18	曹星宸	340721201807033911	上海儿童医学中心	室间隔缺损	2019-03-07	2019-03-13	64466.83	364762	情况属实
19	洪芳芳	34072119921002182X	上海交通大学医学院附属第九人民医院	周围动静脉畸形	2018-12-29	2019-01-07	76375.94	B000526077	情况属实
20	王善根	34072119421020181X	上海交通大学医学院附属第九人民医院	肝功能不全	2018-12-10	2019-05-23	655950.3	0001131240	情况属实
21	张书进	340721197511052129	上海交通大学医学院附属第九人民医院	舌肿物	2019-04-17	2019-05-13	135912.59	0001157613	情况属实
22	代恒明	340721195404150015	上海交通大学医学院附属瑞金医院	胃恶性肿瘤	2019-02-11	2019-03-06	76831.81	z753836	情况属实
23	葛基朋	34072119560913211X	上海交通大学医学院附属瑞金医院	冠状动脉粥样硬化性心脏病	2018-09-17	2018-10-02	78385.69	z730681	情况属实
24	邵梦艺	340721200910123929	上海交通大学医学院附属新华医院	额叶综合征	2018-12-13	2018-12-29	115146.01	F71916	情况属实
25	江晨希	340721201808060647	上海交通大学医学院附属新华医院	脑积水	2018-12-24	2019-01-04	50415.42	F75548	情况属实
26	焦长凤	340721196511090104	上海交通大学医学院附属新华医院	胃恶性肿瘤	2019-01-18	2019-01-29	67381.79	F83954	情况属实
27	乔城	340721201810215134	上海市儿童医院（普陀）	早产儿	2018-10-21	2018-12-24	131174.52	20147187	情况属实
28	乔坤	340721201810215150	上海市儿童医院（普陀）	早产儿	2018-10-21	2018-12-24	142989.15	20151189	情况属实
29	殷金陵	340721195911050019	上海市公共卫生临床中心	肺恶性肿瘤	2019-04-14	2019-04-25	7885.32	123125	情况属实

制表人：董苏艳

调查人：颜冕 董苏艳

医保复核：王勤

2.3.5.7 协助经办机构监督，提升医保基金运营能力

对定点医疗机构医疗费用的监管是整个新乡市职工大额医疗费用补助保险项目经营管理重中之重。我们将在今后承办中积极发挥商业保险机构风险管控能力，遏制不合规的医疗行为，严控医疗费用不合理增长风险，使参保人员真正享受到政府的惠民政策。

我公司将按照医保经办机构的具体工作要求，严格、全面地配合好对定点医疗机构在药品、诊疗项目以及服务设施方面向参保人员提供的医疗服务行为的监督、检查。同时，在日常监督、检查过程中对定点医疗机构在向参保人员提供医疗服务过程中出现的无指征用药、超范围使用限制性用药等现象细化监管目标和管控过程，严格依照临床用药规范、现行医保政策规定、医疗收费项目和标准进行检查监督，有效控制医保基金的不合理支出，加大对骗取职工大额医疗费用补助保险资金行为的查处力度。

借助项目服务团队的医学专业知识，协同医保经办机构做好对定点医疗机构的出入院标准管理，通过实时监控、现场巡查、抽取病历审核等形式为主要监督手段，采取“六对照”“四核实”等方法从源头上对医疗机构过度及不合理的医疗行为进行遏制。

充分利用我公司开发的智能医疗审核系统，通过内置医师、药品、诊疗项目、材料、疾病、参保人员、就诊信息等规范标准的基础信息库，在与基本医保系统及定点医疗机构 HIS 系统对接或数据提取后，以先进的信息化手段加强对医疗费用、医疗服务行为的实时审查能力。

对参保人员和定点医疗机构监督核查方案

我公司针对参保人员的就医行为和定点医疗机构医疗费用管控，制定了**预防性、过程中、出院后以及引入社会监督**等监管措施，具体方案如下：

1.预防性风险管控

提升派驻人员的专业能力

我公司将根据人员配置承诺以及各医保经办机构工作需要，派驻具有医学专业背景和财会背景人员，与医保经办机构联合办公，专职协助医保经办机构从事基本医保及新乡市职工大额医疗费用补助保险的日常监管工作。为进一步提升派驻人员的专业技术能力，公司将定期开展业务培训，同时通过内部绩效管理和激励机制，调动派驻人员的工作积极性，充分发挥商业保险公司风险管控能力，与医保经办机构共同遏制不合规的医疗行为，严控医疗费用不合理增长。

提升医务人员医保基金节约意识

通过医保政策的宣传，让每一位医务人员建立应有的医保基金节约意识，使控制不合理医疗费用支出成为每一位医务人员的义务。在保证医疗质量的情况下，做到合理诊断、合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费，从前端努力消除医疗费用的不合理增长。



建立预防性风险识别模型

我公司根据系统内承办医疗保险项目积累的历史数据建立了风险分析模型，对经验数据进行系统性分析，将重点意外伤害、重点医疗机构、重点人群列为风险管控重点。对管控重点进行分类管理、重点巡查。



2.过程中风险管控

通过医疗巡查，控制不合理费用支出

(1) 医疗巡查开展模式

驻点巡查：在参保人就诊量较大的定点医疗机构，选派巡查人员进驻定点医疗机构，固定开展医疗巡查。

流动巡查：对于无驻点人员的医疗机构，合理安排巡查人员负责多家定点医疗机构，定期开展巡查服务。

(2) 巡查队伍建设

市级团队：各地市成立专门的医疗巡查队伍，负责所辖范围内定点医疗机构就诊参保患者的本地就医医疗巡查。同时，接受省内其他地市委托在辖区内开展省内异地就医核查

省级团队： 由于省会城市医疗资源丰富，转诊到郑州治疗的患者日益增多，尤其是意外导致的重症患者，医疗费用高、管控难度大。对此，我公司成立了省级社会医疗保险医疗巡查团队，负责全省范围内转诊至郑州就诊患者的

医疗巡查，进一步防范医保基金风险。

(3) 医疗巡查工作内容

一是根据国家及地方法律法规、新乡市职工基本医保和职工大额医疗费用补助保险相关政策、定点医疗机构服务管理协议、临床诊疗护理规范、以及其他医保、医药和医疗管理规定。对医疗机构的行为进行全流程监控，保障基本医保基金合理、合规使用。

二是对参保人身份信息和参保信息进行核对。

三是对基本医保以及政策宣导，告知理赔流程及注意事项，并对参保人及家属进行安抚和慰问。

四是建立医疗质量监控标准，并根据巡查情况对医疗机构的医疗质量进行客观公正评价，定期将医疗质量评价结果和巡查中发现的问题向医疗保障、卫生等主管部门进行反馈。

(4) 巡查重点措施

利用医保系统、医疗机构 HIS 系统或住院登记处获取参保患者住院登记信息，制定巡查计划。按照“六对照”即卡对人、人对症、症对病、病对药、药对量、量对费；“四核实”即重点核实人、核实病、核实药、核实费的具体操作方法开展巡查。

六对照：

卡对人。查看社保卡、身份证、床头卡信息，核实参保患者身份的真实性，排除冒名顶替。同时，向患者宣传城镇职工基本医保和大病救助保险政策、收费标准、药品目录范围等信息。使患者在就医时及时了解医保政策，主动监督医生使用目录范围内药品，减少自付费用。从而提高目录内药品使用比例，避免医疗资源浪费。



人对症。查看住院通知单、病历等描述的症状，核实与在床病人所表现出来的症状和体征是否相符。

症对伤。查看病程记录、护理记录、主要检查报告单，判断参保患者出现的症状与入院诊断是否相符。

病对药。查看病历、病程记录、会诊记录单、手术记录单、医嘱等，判断治疗项目、检查、用药是否属于伤情需要，有无超范围、超适应症、超限制用药情况。

药对量。查看长短期医嘱单、输液治疗单，询问患者输液情况，核对药品使用剂量和疗程，有无超疗程、超剂量用药等情况。

量对费。查看每日费用清单并比对长短期医嘱，核实有无多收费、重复收费等情况。

四核实：

核实人。是指明确患者应为参保人本人且正常享受新乡市职工大额医疗费

用补助保险待遇。一要确保三证合一，即患者身份证、社保卡、住院证（床头卡）三证均应为同一人；二是要做到二核实，从医保系统和参保人员名单中核实患者是否享受新乡市职工大额医疗费用补助保险待遇。

核实病。是指参保人员的病情真实且与症状相符，治疗期间患者应在院在床，杜绝挂床住院。核实伤病要做到“三查一访”：一查症状，凡患者符合医疗保险报销条件的，核查时应重点了解伤情、患者体表状态、面色神情等；二查手术切口，对手术患者，巡查人员应尽量亲自查验手术切口；三查住院病历，包括护理记录、病程记录和医嘱等；“一访”是指访问患者、主治医师以了解伤情经过、治疗方案、愈后情况，查证医师、病程、患者是否统一。

核实药。是指参保人员的治疗应对症用药。一是重点审核药品名称、适应症、剂型及用量，二是注意巡查住院日明细清单，结合每天用药情况，核实患者每天用药、治疗是否与日清单一致，防止人为倒换用药，核实药物使用真实性、合规性。

核实费。是指核实医疗费用确为参保人员治疗伤病的实际消费。应确保票据、费用清单、住院医嘱、检查结果、治疗单记录和病程记录等“六吻合”。

(5) 巡查结果反馈

医疗巡查结束后将巡查中发现的问题及时总结记录。汇总并反馈给医保经办机构、医疗机构及其他相关部门。作为定点医疗机构服务管理考核、医疗费



用管控政策调整等的依据。

依托智能医疗审核系统，实现在线实时监控

我公司开发的智能医疗审核系统，内置规范标准的基础信息库，包含定点医疗机构、医师、药品、诊疗项目、材料、疾病、参保人员、就诊信息的基础数据。与基本医保系统及定点医疗机构 HIS 系统对接后，通过先进的信息化手段，加强对医疗费用、医疗服务行为的实时审查能力。利用系统配置庞大的临床知识库，通过系统自动运算，参照临床诊疗路径，对处方进行多角度全面审核。利用智能医疗审核系统，可以实现对不同的定点机构的就医行为进行联动审核，对参保人的既往病史与用药情况、疾病诊断及诊疗项目使用情况进行多维度关联比对筛查。通过对所有医保单据进行全面审核，及时发现违规行为，进而提高审核效率，提升精细化管理水平。

46.0.12.103:8081/main.html?Father=29

当前登录用户:cn_system/高级管理员 | 主 页 | 退出

分组政府查看

分组医院查看

欢迎页

审核配置

门诊审核查看

住院审核查看

住院审核-预审

住院审核-后审

住院审核-复核

审核结果导出

DRGs应用统计

门诊审核-预审

门诊审核-后审

审核处理: ☒ 确认审核结果

审核结果: ☒ 通过 ☐ 不通过 ☐ 挂起 ☐ 请查

方式: ☒ 列表 ☐ 库序

住院信息

明细列表

序号	结果	医院名称	医师姓名	性别	年龄	入院日期	出院日期	结算日期	医院编码	医院名称	医院等级	科室				
1	无违规	无违规	0	301#20150723231107	993700000	993700000	胡国春	62	男	2015-03-06	2015-03-24	2015-07-23	301	新乡市人民医院	一级乙等	
2	无违规	无违规	0	503#20150816085655	993700000	993700000	杨有进	62	男	2015-04-30	2015-05-13	2015-08-16	503	辉县市三医院	一级乙等	泌尿外科
3	无违规	无违规	0	503#20150817204341	993700000	993700000	高建刚	51	男	2015-03-12	2015-04-11	2015-08-17	503	辉县市三医院	一级乙等	
4	无违规	无违规	0	817#20150817015741	993700000	993700000	高平	72	男	2015-01-01	2015-02-03	2015-08-17	817	辉县市第一人民医院	二级乙等	
5	无违规	无违规	0	503#20150816233031	993700000	993700000	杨国春	2	男	2015-04-30	2015-05-14	2015-08-16	503	辉县市三医院	一级乙等	
6	无违规	无违规	0	503#2015012032557	993700000	993700000	任南峰	65	男	2015-08-13	2015-08-26	2015-10-12	503	辉县市三医院	一级乙等	
7	无违规	无违规	0	503#20151008104754	993700000	993700000	任南峰	2	女	2015-06-29	2015-07-08	2015-10-08	503	辉县市三医院	一级乙等	
8	无违规	无违规	0	503#20151009220747	993700000	993700000	杨建兰	62	女	2015-03-26	2015-04-14	2015-10-09	503	辉县市三医院	一级乙等	
9	无违规	无违规	0	822#20151106153226	993700000	993700000	王士成	60	男	2015-09-15	2015-09-28	2015-11-06	822	辉县市三医院	二级乙等	
10	无违规	无违规	0	24148001#201512071	993700000	993700000	于家民	52	男	2015-06-26	2015-06-28	2015-12-07	2414800	辉县市三医院	二级乙等	内科

11

29

第 1 页 共 2 页

显示1到20,共23记录

审核情况

审核结果: ☒ 通过 ☐ 不通过 ☐ 挂起 ☐ 请查

保存

取消

备注:

病种安全码:37826.55 统筹支付金额:11974.28[31.66%]
药品:17939.94[47.43%] 医疗耗材:11123.80[29.41%]
材料:8762.81[23.17%] 手术:2591.60[6.85%]

序号	项目	审核类型-异常信息	级别	总金额	审核个数	忽略
1	胰岛素	用药性审核-此药仅限女性使用	4	53.55	1	
2	青霉素	常见手抗菌素类药物审核-深部静脉导管使用抗菌药，该手术未使用第一、二代头孢，环丙沙星。	3	0.35	1	
3	阿拉西林封包	常见手抗菌素类药物审核-深部静脉导管使用抗菌药，该手术未使用第一、二代头孢，环丙沙星。	3	1193.40	1	
4	胰岛素	营养药物使用审核-营养药物使用审核	3	576.00	1	
5	胰岛素	胰岛素使用审核-胰岛素使用审核	3	1218.00	1	
6	胰岛素	胰岛素使用审核-胰岛素使用审核	3	905.80	1	

3.出院后风险管控

加强医疗审核，管控不合规医疗费用

我公司对患者已出院结算的案件，通过查阅病历资料，对住院、诊断、检查、治疗、收费等医疗环节的完整性、真实性、合规性、合理性进行审核、监控并规范定点医疗机构的医疗行为，及时向医保经办机构报告风险和发现的问题，维护参保人的切身利益，保障基金安全。

核依据

医疗审核的主要依据是国家及地方法律法规、新乡市职工大额医疗费用补助保险相关政策、定点医疗机构服务管理协议、三大目录、临床诊疗护理规范、医疗卫生机构收费指导价标准以及其他医保、医药和医疗管理规定。

核内容

一是审核参保人基本情况。查阅参保人基本信息，与医保系统核对身份证号、医保号、性别、出生年月是否一致，参保及缴费状态是否正常，住院期间是否正常享受新乡市职工大额医疗费用补助保险待遇。

二是审核是否存在医保限定用药、预防性用药、搭车开药、串换用药、超疗程用药、超适应证用药。是否存在同一家医疗机构同一类型的药物在不同的患者中无差异性大量使用。

三是审核费用清单中所有收费项目数量是否与医嘱一一对应。

四是审核收费项目医保分类以及自负比例是否正确。

五是审核药品是否在政府药品目录指导价格范围内,查看该药品价格是否明显高于其他产地的同类药品。

六是审核抗生素使用规定、实行分级管理执行情况。如外科手术的抗生素使用应严格遵守围手术期抗生素使用原则。



七是审核出院带药。按当地医保规定控制出院带药量、种类、剂型,严格控制带出与本次住院伤病无关的药品。

八是审核是否存在超范围、超剂量用药情况。

九是审核是否存在过度用药、过度检查、过度治疗。

审核结果反馈

我公司定期将审核过程中发现的问题及审核结果向医保经办机构反馈,协助医保经办机构对定点医疗机构进行考核评价。同时进一步修订和完善相关政策。

建立医疗专家评审机制,管控医疗风险

为及时发现并堵塞工作中存在的管理漏洞,不断提升规范化、专业化水平,我公司制定了《人保财险河南省分公司社会医疗保险医疗专家评审机制》。通过实施医疗专家评审机制,建立医疗专家库,打造公司内部工作人员与医学专家交流学习的平台。定期组织医疗专家对定点医疗机构诊疗行为进行评审,对

诊疗方案的科学性和合理性提出评审意见，上报医保经办机构，作为其考核定点医疗机构的参考依据。

加强赔案稽核，提高风险管控质量

为加强赔案稽核，提高风险管控质量，我公司通过自主或联合医保经办机构等方式，对已支付案件进行抽查审核，及时发现存在的问题，堵塞管理漏洞。从而达到提高理赔各环节管控质量，防范欺诈骗保，强化定点医疗机构医疗行为管控的目标。

引进社会监督力量，加强对定点医疗机构的日常监督

探索实施医保政策违规举报奖励机制，引进社会力量，比如联合医保经办机构共同聘请人大代表、政协委员、政府有关部门、参保单位和参保人等担任社会监督员，共同发挥社会力量，加强对医疗机构违规行为的日常监督。



2.3.5.8 制定专项考核方案，建立完善服务评价体系

为进一步规范和加强定点医疗机构管理，建立行之有效的定点医疗机构激励约束机制。我公司拟针对定点医疗机构制定了监督考核方案，将次均费用及其增长幅度、平均住院日、目录内药品使用比例、住院人次占总诊疗人次比例等指标纳入考核内容。具体方案如下：

考核范围

与医保经办机构签订基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议，且已经开展医疗保险住院服务的医疗机构均应参加考核。

考核原则

定点医疗机构考核坚持公开、公平、公正的原则，按照统一的内容、标准和程序进行。

考核组织

定点医疗机构考核由商业保险公司协同医保经办机构共同负责，每年 1 月份开始对定点医疗机构上一年度医疗服务情况进行考核。

考核方式及依据

对定点医疗机构考核采取日常考核与统计全年费用等数据相结合的非现场考核方式进行。依据国家及地方法律法规、基本医保和职工大额医疗费用补助保险相关政策、定点医疗机构服务管理协议、以及其他医保、医药和医疗管理规定，从住院管理、专家评估及医疗机构互审、日常稽查、举报投诉处理、参保人员满意度调查等五个方面，编制了新乡市职工大额医疗费用补助保险定点医疗机构考核指标（以下简称“指标”），“指标”内容根据基本医疗保险政策及管理情况适时进行调整。

考核程序

定点医疗机构考核工作按照组织、考核、审定、公示、公布的程序进行。

（1）组织，每年 1 月初，公司会同市、县区医保经办机构共同组成考核小组。



(2) 考核，每年 1 月上旬，考核小组依据职责分工，根据“指标”对定点医疗机构开展考核工作。

(3) 审定，每年 1 月中旬，各县区考核小组根据考核结果，将初步意见报市医保经办机构，经市医保经办机构汇总并审定。

(4) 公示，公司会同各市医保经办机构将考核标准及考核结果向社会公示，并设立投诉电话和信箱接受群众监督。公示期为 5 个工作日。对群众提出的投诉，由公司会同市医保经办机构进行复核。

(5) 公布，1 月底之前，由市级医保经办机构公布考核结果。



考核等级

依据考核结果，对定点医疗机构实行等级划分，按 A 级、B 级、C 级和 D 级，四个等级进行管理。

一票否决项目

定点医疗机构及其工作人员有下列行为之一者，取消定点医疗机构评级资格。并将违规情况上报医保经办机构；构成犯罪的，移交司法机关处理：

(1) 伪造受伤原因、虚假住院或者以伪造、变造证明材料等违法手段骗取医保基金的；

(2) 使用基本医疗保险基金支付非参保人本人的医疗费用的；

(3) 将基本医疗保险结算信息系统提供给非定点医疗机构或零售药店使用的；

(4) 无正当理由拒绝为参保人提供医疗服务，对参保患者限定住院费用，将属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用转由参保人个人支付的；

(5) 以各种方式为参保人骗取基本医疗保险基金提供方便或积极配合的。

考核结果应用

(1) 公司将定点医疗机构考核评价结果书面反馈各级医保经办机构及政府医保管理部门，作为以上部门对定点医疗机构考核的参考依据。

(2) 在政府医保管理部门授权许可下，公司将定点医疗机构考核评价结果向参保人员公示，引导参保人员合理选择就诊医疗机构。以促进定点医疗机构加强管理，提升医疗服务质量，控制医疗费用不合理增长。

(3) 实行定点医疗机构考核评价分级管理

评级为 A 级的定点医疗机构采取自我管理为主，公司会同医保经办机构检查抽查为辅的方式进行监督管理；

评级为 B 级的定点医疗机构采取自查和检查相结合管理方式，公司会同医保经办机构至少每半年稽查一次；

评级为 C 级的定点医疗机构，公司会同医保经办机构至少每季度稽查一次；

评级为 D 级的定点医疗机构为重点稽查对象。

公司对评级在 B 级以上的定点医疗机构采取相应的激励措施，例如提高周转金预付额度、优先结算、简化费用审核与结算程序等，促进定点医疗机构实现自我管理、自我约束。



2.3.5.9 配合开展飞行检查，提供病案审核专业服务

人保财险下辖安徽省分公司多次受到安徽省医疗保障局邀请，协助开展飞检。人保财险组织系统医疗专家，一天内确定专家团队，第二天即奔赴省医保局指定地点集合，在省医保局的领导下，开展飞检工作，完成既定工作目标。人保公司的反应速度、专业能力、飞检结果都得到了当地省医保局高度认可。

人保财险安徽省分公司与安徽省医疗保障局飞检合作协议



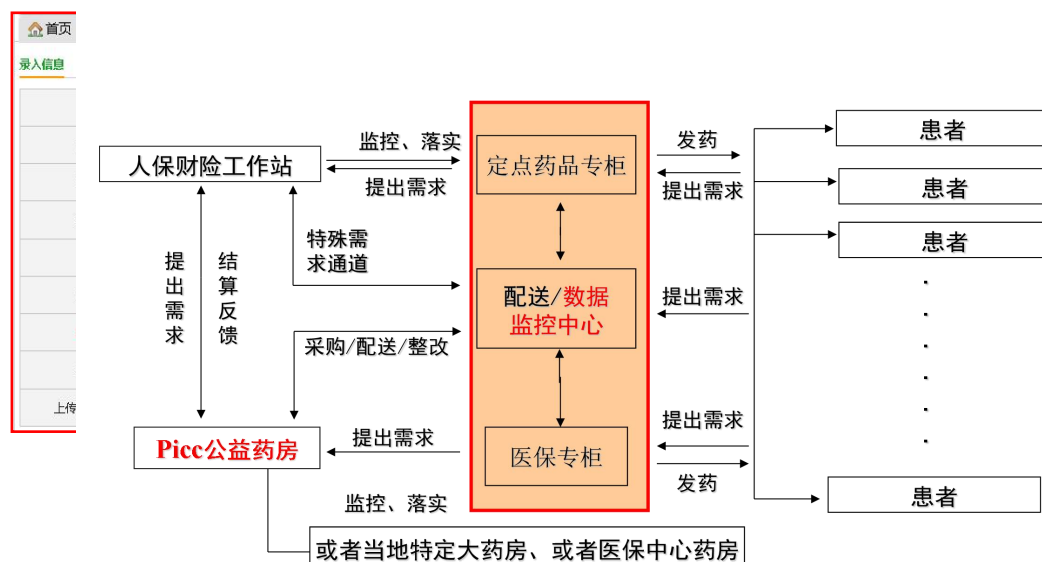
2.3.5.10 应用慢病监管系统，加强慢病监管过程管理

门诊慢性病因其涉及面广、基金支出占比较大一直是医保管控的难点和薄弱环节。近几年来医保基金的门诊医疗保险费用支出不断上涨，其中门诊慢性病支出均呈现快速增长态势，对医疗保险基金安全和可持续性运行产生了重大影响。因此我公司会同战略合作信息技术公司共同研发了门诊慢性病智能监管系统，用于管控慢性病门诊医保费用不合理支出和提供慢性病鉴定便捷服务等。

慢性病智能监管系统通过与定点医疗机构 HIS 对接，提供**从慢性病线上申请鉴定到审核、慢性病诊治监管再到档案管理全流程监控及便捷服务**，实施医疗费用实时监管。

我公司目前在山东枣庄、安徽巢湖等多地区上线应用“慢性病智能监管系统”，在医生工作站进行事前提示。系统可以对事前提示的违规项目进行记录，并对强制执行提示信息进行痕迹记录，在事后对强制执行数据进行汇总统计，医保经办机构可以对该数据进行直接扣款或放大处罚处理。在新乡市医保经办机构的主导下，我们完全可以将人保财险在山东、安徽成功应用的“慢性病智能监管系统”经验复制到新乡市，协助开展慢病控费管理。

慢病”十病百药“计划架构图



首页 慢病初审

录入日期: 2019-01-01 至: 2019-03-30 查询 输入关键字检索

姓名	性别	身份证号	保险类型	参保单位	病种名称	本人病情摘要	单位
宫雪琴	女	342501196305086505	职工	宣城市	心脏病并发性功能不全二期		
陈奕强	女	342521194901060041	职工	宣城市	二期以上高血压,饮食控制无		

详细信息

姓名: 宫雪琴 性别: 女 年龄: 56

身份证号: 342501196305086505 联系电话: 13965653969 参保单位:

申请类型: 线上审核 参保类型: 职工 居民 申请时间: 2019-03-30

地址: 宣城市 宣州区 朱桥乡 油榨社区居委会

详细地址: 宣城市宣州区朱桥乡油榨社区居委会

申请病种: 心脏病并发性功能不全二期以上高血压

附件: QQ图片20190330155716.jpg QQ图片20190330155724.jpg

纸质申请表图片:

请填写您的审核意见!

同意通过 拒绝通过 心脏病并发性功能不全 二期以上高血压

提交 取消

系统管理 门诊管理 住院管理 药房管理 保险接口 药库管理 医保监控 报表统计 医护工作站 物资管理 护士日报 手术工作站 财务管理 常用报表 设备管理 医技管理 临床路径 病案系统

个人首页 档案管理 住院医生工作站 门诊划价收费 X

刷新 挂号 新增患者 新增单据 保存 挂号检索日期 关闭

检索(F7): 门诊号、姓名、拼音码、五笔码 开单医生: 888 患者类型: 医保患者 单据号: 01201900682935 金额: 105.0000 开单时间: 2019/03/27

姓名: 性别: 男 年龄: 5 门诊号: M011900336659 一卡通余额: 0.00 身份证号: 1 支付方式: 医保

疾病诊断: 高血压 医保病种: 高血压 医保病种: 高血压 医保病种: 高血压

ER 监测结果提示

病种信息: 饮食控制无效的糖尿病

药品【阿托伐他汀钙片】不在慢病用药范围内

药品【阿司匹林肠溶片】购药量超过年度总药量

继续结算 返回修改

当前单据: SF00046 使用

收费类别	金额
西药费	105

合计 105.0000 一卡通 0.00 应收现金 105 自费

尾数 0.0000 实收现金 105 找零 0 结算(F9)

医尔康医保慢性病综合监管平台V1.0 您好, 系统管理员 退出 切换主题

首页 门诊转诊申请 X 转诊查询 X

录入信息

姓名:	身份证号: 请输入身份证号	性别: 根据身份证号自动生成
年龄: 根据身份证号自动生成	联系电话:	医保证号:
参保类型: 职工 居民	转出医院名称: 宣城市中医医院	转诊疾病名称:
是否异地结算: 是 否	转入医疗机构名称: 输入关键字后自动搜索	纸质申请表图片上传: (非必填项) 上传图片 (注: 上传图片必须为原件)
医保科意见: 同意 不同意	所在地区: 宣城	
转诊日期: 2019-05-20	转诊医生:	
银行卡开户行: 非必填项, 可以不填写		
病史摘要: 非必填项, 可以不填写		
附件上传: (非必填项) 上传附件 (注: 出院小结、费用明细、住院发票等上传附件必须是原件)		
上传附件名称:		

材料管理 统计 分析 转诊审核

慢病管理系统

您好, 系统管理员 | 退出 | 切换主题

菜单导航: 首页 | 查询档案

居民健康档案: 查询个人档案 | 查询家庭档案

档案所属区县: 档案所属乡镇: 签约医生: 姓名: 所属人群: 查询 | 导出 | 输入关键字检索

序号	姓名	身份证号	性别	年龄	所属人群	家庭档案号	档案状态	所属区县	所属乡镇
1	张自顺	340521106211	男	68	正常人群	JT34052110621100002	正常	当涂县	太白镇
2	金振超	340504002007	女	48	慢病人群	JT34052110621100002	正常	当涂县	太白镇
3	徐桂珍	3405040040020002	女	68	慢病人群	未维护	正常	当涂县	太白镇
4	胡江帆	3405231002000001	男	106	正常人群	JT340501000000000002	正常	当涂县	太白镇
5	徐建木	00021	男	56	正常人群	JT340501000000000002	正常	当涂县	太白镇
6	徐仕超	34052310400200001	女	49	正常人群	JT34052310400200001	正常	当涂县	太白镇
7	赵子涵	34052310520100001	女	29	慢病人群	JT34050400100300001	正常	当涂县	太白镇
8	尤小平	34050300100500001	女	57	慢病人群	未维护	正常	当涂县	太白镇
9	杨维秀	34052310500200001	女	77	慢病人群	未维护	正常	当涂县	太白镇
10	金远志	34050100000000003	男	89	正常人群	JT340501000000000008	正常	当涂县	太白镇
11	叶正彩	34050640049800001	男	25	正常人群	JT34050640049800001	正常	当涂县	太白镇
12	金鑫	34050400400200001	男	24	慢病人群	JT340501000000000008	正常	当涂县	太白镇
13	凌厚坤	34052310520000001	男	71	正常人群	JT34050610120300001	正常	当涂县	太白镇
14	郑福兵	34050300200500001	男	70	正常人群	JT340501000000000008	正常	当涂县	太白镇
15	廖明坤	34050300100100003	男	104	慢病人群	未维护	正常	当涂县	太白镇
16	殷传秀	34052310400100001	女	49	慢病人群	JT34052310400100001	正常	当涂县	太白镇
17	刘小强	34050400100100001	男	31	慢病人群	JT34052310400200001	正常	当涂县	太白镇
18	陈贵开	34050100000000002	男	107	慢病人群	未维护	正常	当涂县	太白镇
19	黄江帆	34050610000200001	男	106	正常人群	JT34050610000200001	正常	当涂县	太白镇
20	黄明	34050400000000002	女	106	慢病人群	JT34050610000200001	正常	当涂县	太白镇
21	王霞	34050410000200001	女	15	正常人群	未维护	正常	当涂县	太白镇
22	凌必强	341402021001028	女					当涂县	太白镇

显示1到25,共25记录

医康医保慢性病综合监管平台V1.0

您好, 杜月 | 退出 | 切换主题

菜单导航: 首页 | 医疗初审 | 违规扣款查询

结算年月段: 2019-07-01 至 2019-07-14 结算机构: 安徽医科大学附属医院 医疗人员类别: 查询

序号	姓名	身份证号	医保证号	性别	年龄	就诊类型	门诊诊断	医疗费总额	个人账户支付	个人现金支付	统筹支付金额
1	李秀秀	342601194910201627		女	70	普通慢性病门诊	糖尿病	274.41	0	0	0
2	何学群	342601196008012919		男	59	普通慢性病门诊	糖尿病	32.60	0	0	0
3	陈惠彬	342601195209011010		男	67	普通慢性病门诊	恶性肿瘤化疗	24.72	0	0	0
4	陈惠彬	342601195209011010		男	67	普通慢性病门诊	恶性肿瘤化疗	74.16	0	0	0
5	陈惠彬	342601195209011010		男	67	普通慢性病门诊	恶性肿瘤化疗	112.16	0	0	0
6	袁克东	342601196803083919		男	51	普通慢性病门诊	高血压	156.46	0	0	0
7	袁克东	342601196803083919		男	51	普通慢性病门诊	高血压	369.74	0	0	0
8	胡惠兰	342601193006214248		女	80	普通慢性病门诊	高血压,糖尿病	47.14	0	0	0
9	魏建华	342601196108080214		男	58	普通慢性病门诊	糖尿病,高血压	123.20	0	0	0
10	马德鑫	342601196704011096		男	52	普通慢性病门诊	高血压,糖尿病	35.04	0	0	0
11	马德鑫	342601196704011096		男	52	普通慢性病门诊	高血压,糖尿病	8.80	0	0	0
12	杜仁超	320322195802017392		男	61	普通慢性病门诊	恶性肿瘤(肺癌术后)	35.40	0	0	0
13	杜仁超	320322195802017392		男	61	普通慢性病门诊	恶性肿瘤(肺癌术后)	35.40	0	0	0
14	合计:							229,473.28	0.00	0.00	0.00

系统版本: Ebac_NCD-V1.0 Powered by Query EasyUI 主题样式: Bootstrap © 2017-2019 安徽医康医保技术有限公司

2.3.6 政策宣传服务方案

加强政策宣传解读，营造良好的职工大额医疗费用补助保险业务舆论氛围，积极配合我市各级医保经办机构，开展多渠道、多形式的医疗保险宣传工作，做到有组织、有计划、有落实。作为经办保险公司，将密切配合我市各级医保部门，加强对政策的宣传，密切跟踪舆情，增强责任意识，使这项政策深入人心，得到广大群众和社会各界监督和支持，为医保顺利实施营造良好的社会环境，让政府对职工的关爱转化具体可感的温暖送达每一位参保人员，具体宣传工作安排如下：

2.3.6.1 印制政策宣传品

印制关于职工大额医疗费用补助保险有关内容的宣传折页，通过医疗机构、医保经办窗口、人保各经营网点、重点医疗机构等多种渠道发放到参保人员手中。

2.3.6.2 新闻媒体宣传

通过公司微信公众号等网络平台，宣传职工大额医疗费用补助保险政策，并可在在线进行交流、提供咨询服务。重点是发挥好《新乡日报》、新乡电视台、新乡广播电台等主要宣传平台的作用，内容包括：国家政策、法律法规、实施方案、相关规定、指导意见等。通过案例、图片、新闻、等多种形式，在网络、电台、电视、报纸等媒体常年开展职工大额医疗费用补助保险政策解读。

2.3.6.3 广泛利用相关场所开展宣传

一是在项目医保经办机构、办事大厅、相关定点医疗机构以及人保各经营网点放置宣传资料，利用 LED 屏滚动播放职工大额医疗费用补助保险政策等相关经办流程、政策、途径、补偿比例、理赔资料、结算方式。

二是充分发挥我司遍及城乡服务网络优势，组织宣传小组深入到各单位、厂矿及医疗机构，开展现场政策宣传对参保人员较多的单位或社区，通过主动联络，只要有需求，我公司就安排“面对面”的宣讲和咨询服务。从过去的经验来看，该渠道也是一个重要的宣传方式。

2.3.6.4 新型媒体平台开展业务宣传

利用我司微信公众号、短视频平台等新型媒体平台，持续更新内容，由我公司医保领域专业人员撰写内容或出境讲解，将职工大额医疗费用补助保险政策中广大群众应知应懂的业务知识、政策动态、办理流程等内容以文字、图片、视频形式发布出来，用接地气的方式将政策知识送到参保人员手中。

2.3.6.5 政策宣传活动案例

医疗保险宣传现场



医疗保险宣传资料



2.3.6.6 新乡市职工大额医疗费用补助保险经办服务项目宣传制度

新乡市职工大额医疗费用补助保险服务项目宣传制度

总则

为进一步加强新乡市职工大额医疗费用补助保险服务项目政策宣传工作，增强宣传工作的时效性、针对性、规范性，及时反映新乡市职工大额医疗费用补助保险工作开展情况，加强宣传力度，特制定本办法。

一、组织保障

中国人保财险新乡市分公司已成立新乡市职工大额医疗费用补助保险政策宣传团队，由市分公司总经理室牵头，办公室、健康保险事业部、理赔中心、各县区服务区域相关人员组成，专门负责政策宣传工作，职责包括与政府相关管理部门的沟通，宣传内容的确定，宣传材料的印制，外部媒体的沟通协调等工作。一旦确定我公司中标，将立刻开展工作。

二、资金保障

为确保政策宣传顺利开展，新乡市分公司将申请专项资金，用于新乡市职工大额医疗费用补助保险政策的宣传。

三、宣传工作

具体如下：



(1) 切实抓好新闻媒体宣传

通过案例、图片、新闻、等多种形式，在网络、电台、电视、报纸等媒体常年开展好政策解读。通过公司微信公众号等网络平台，宣传新乡市职工大额医疗费用补助保险政策，并可在线进行交流、提供咨询服务。

(2) 广泛利用橱窗、图片展、材料展示架、电子显示屏开展宣传

在医保大厅、相关定点医疗机构以及人保各经营网点放置宣传资料，安排图片展板，利用 LED 屏滚动播放相关保险经办流程、政策、途径、补偿比例、理赔资料、结算方式。

(3) 积极组织保险宣讲小组，深入厂矿、社区或医疗机构开展宣传

组织健康保险专业人员，充分发挥我司遍及城乡服务网络优势深入到各乡镇、社区、厂矿及医疗机构，开展现场政策宣传，张贴“新乡市职工大额医疗费补充保险宣传画”等，接收广大城镇职工的咨询、投诉，收集、征求对职工大额医疗费补充保险开展过程中的意见和建议，不断改善工作流程和工作方案，积极稳妥推进新乡市职工大额医疗费补充保险的实施。加强政策宣传，营造良好的职工大额补充保险舆论氛围，配合新乡市政府相关管理部门，开展多渠道、多形式的保险宣传工作，做到有组织、有计划、有落实。

(4) 利用短信平台宣传

通过我司短信管理平台，或者委托中国移动、中国联通等通信企业，面

向参保人员群发宣传新乡市职工大额医疗费补充保险政策的短信，可进行索赔流程告知。

(5) 职工大额医疗费补充保险宣传折页

印制关于职工大额医疗费补充保险政策、法律法规、理赔办法等相关内容的宣传折页，通过医院、医保经办窗口、人保各经营网点、重点医疗机构等多种渠道发放到参保人员手中。



(6) 开展健康宣传活动

我司主要将开展健康宣教、病友会、广场义诊等宣传活动。

一是编制宣传手册。健康手册包括春夏秋冬四季保健、合理平衡膳食、注意适量运动、自觉戒烟限酒、保持心理平衡、保持健康体重、严防高血压症、重视血脂异常、防治糖尿病症、科学防治癌症、防治骨质疏松症、重视慢阻肺以及针对不同对象（妇女及退休职工）和不同常见病防治手册。

二是发送健康短信。利用公司“95518”短信服务平台，为客户提供具有专业性、针对性和指导性的健康短信服务，健康短信的内容主要包括以下几个方面：日常保健、季节性健康提示以及针对特殊人群的健康知识。

三是编制健康处方。针对包括高血压病、糖尿病、冠心病、脑卒中、肺癌、胃炎、骨质疏松、流行性感冒、腰椎间盘突出、高血脂病等病种，编制健康处方，宣传健康知识。

如下图所示：宣传卡图样（具体内容经政府审批后执行）



获嘉县2025年度职工大额医疗费用补助保险费征收告知书

获嘉县税务局

全县各参保单位：

根据《河南省医疗保障服务中心关于进一步规范河南省职工大额医疗费用补助经办管理服务的通知》（豫医保中心〔2022〕24号）、《新乡市医疗保障局关于调整职工基本医疗保险和大额补充保险相关政策的通知》（新医保〔2022〕15号）的要求。为方便广大参保单位和参保职工缴费，现将2025年度我市职工大额医疗费用补助（以下简称“大额补助”）保险费参保缴费工作明确如下：

一、缴费时限及标准

缴费时间：2024年10月9日—2024年12月20日。2025年度缴费标准为每人每年190元。

二、缴费办法

大额补助保险费由单位或个人负担，也可以由单位和个人共同负担，具体负担比例由单位自行确定。

1. 大额补助保险费需参保单位在正常缴纳职工基本医疗保险的情况下，才可缴纳。大额补助保险费由用人单位集中代收代缴，由医保部门向税务部门传递大额补助保险费征缴计划后，缴费单位按年度一次性足额通过税务部门缴纳。

大额补助保险费缴纳方式与本单位缴纳职工医保方式一致，建议首选河南省电子税务局，也可到本单位主管税务机关办税服务厅缴费。

2. 破产注销企业的退休（退职）人员、灵活就业人员采取自行缴纳方式的，建议通过“微信”缴费：登录微信，搜索“河南税务”小程序，选择“灵活就业医疗缴费”，按照提示进行缴费；或通过“支付宝”缴费：登录支付宝，搜索“河南税务”小程序，选择“灵活就业医疗缴费”，按照提示进行缴费。

三、注意事项

1. 大额补助保险费严格按照医保部门传递的征缴计划进行征收，为保证参保单位应保尽保，缴费前参保单位需确认参保人数与实际系统人数、人员信息与计划一致无误。若发现人员漏保应及时到市民中心二楼7号窗口进行更正。

2. 参保单位应在缴费时限内通过税务部门进行缴费，超过缴费时限，将停止费用征收，如逾期缴费视为无效并做退费处理。

四、查询通道及咨询方式

大额补助保险费通过税务部门缴费后，建议等待5-7个工作日（费款入库，医保系统记账成功），可以通过以下方式查询医保系统记账状态：

1、登录“河南省医疗保障服务平台”
<https://ggfw.ylbz.henan.gov.cn/hsa-pass-hallEnter/index.html#/>
 个人查询路径：服务目录—个人服务—查询服务—个人缴费信息查询
 单位查询路径：服务目录—单位服务—查询服务—单位缴费信息查询

2、咨询电话：0373-7107504

获嘉县医疗保障局 国家税务总局获嘉县税务局
2024年10月8日

人民保险服务人民

PICC
中国人民保险

