

二、服务方案



实施计划



开篇语

衷心感谢市医疗保险中心给予中国人寿保险股份有限公司新乡分公司本次宝贵机会，参与“新乡市职工大额医疗费用补助采购项目”投标工作。

中国人寿保险股份有限公司是国内寿险行业的龙头企业，注册资本 282.65 亿元人民币。作为《财富》世界 500 强和世界品牌 500 强企业——中国人寿保险（集团）公司的核心成员，公司以悠久的历史、雄厚的实力、专业领先的竞争优势及世界知名的品牌赢得了社会广泛客户的信赖，始终占据国内寿险市场领导者的地位。

多年来，公司紧紧围绕服务地方经济社会发展大局，积极参与多层次医疗保障体系建设。在职工补充医疗保险、城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险、大病补充医疗保险、医疗救助等领域积累了丰富的经验，打造了享誉国内的“新乡模式”。作为多层次医疗保障体系的重要组成部分，市职工大额医疗费用补助发挥了举足轻重的作用，是公司承办最早、服务时间最长的政策性健康险业务之一。2001 年以来依托公司健全的服务网络和专业的管理服务队伍，较好地解决了参保职工医疗费用个人负担较重问题，取得了良好的社会效益。

我们深知，职工大额医疗费用补助是事关职工切身利益的民生工程，公司对本次“新乡市职工大额医疗费用补助采购项目”高度重视，有信心、有能力承担更多的社会责任，并将凭借雄厚的综合实力和丰富的医保合作领域管理服务经验，为提高市职工医疗保障水平做出新的更大的贡献。



目录

第一篇 总体工作方案	5
一、组织架构和工作职责	5
(一) 领导小组组织架构及工作职责	5
(二) 工作小组组织架构及工作职责	5
二、任务、岗位、内控管理措施	6
(一) 任务管理措施	6
(二) 岗位管理措施	9
(三) 内控管理措施	10
三、整体工作计划和流程	11
(一) 整体工作计划	11
(二) 工作流程	13
四、具体实施措施及保障措施	13
(一) 具体实施措施	14
(二) 保障措施	19
第二篇 队伍建设方案	21
一、人员配备及费用承担	21
(一) 人员配备	21
(二) 按合同约定承担相关费用	21
二、管理团队和合署办公人员培训提升计划	22
(一) 培训目标	22
(二) 培训内容	22
(三) 培训类别	23
(四) 培训师资	23
(五) 培训基地	23
(六) 培训方式	23
(七) 培训考核	23
三、合署办公人员队伍稳定性承诺及管理措施	23
第三篇 承办服务方案	24
一、费用审核及资金支付	24
(一) 即时结算业务处理流程	24
(二) 非即时结算业务处理流程	26
二、强化资金管理，加强过程管控	26
(一) 按要求加强资金管理	26
(二) 规范财务流程，健全保障措施	26
三、强化信息系统建设并按规定承担相关费用	27
(一) 加强自身信息系统建设，与国家医保信息平台实现互联互通	27
(二) 按规定承担相关费用	28
四、及时报送资料，强化运行分析	28
(一) 按要求做好报表报告报送工作	28



(二) 对运行中发现的问题及时提出合理化建议.....	29
五、按合同约定执行职工大额医疗费用补助盈利率.....	30
六、通过稽核开展医疗服务行为检查及违规费用扣除.....	30
(一) 联网实时监控.....	31
(二) 现场巡查.....	32
(三) 病历审核.....	33
(四) 异地查勘.....	33
第四篇 参保对象服务方案.....	34
一、医保政策宣传服务方案.....	34
(一) 宣传目的.....	34
(二) 宣传内容.....	34
(三) 宣传方式.....	35
(四) 宣传计划.....	36
(五) 宣传保障.....	36
二、开展参保人满意度调查，形成完善建议.....	37
(一) 调查对象和形式.....	37
(二) 调查内容.....	37
(三) 调查流程.....	41
(四) 形成完善建议.....	42
三、参保人咨询服务和举报投诉的受理处理机制.....	42
(一) 咨询服务受理机制.....	42
(二) 举报投诉处理机制.....	43
第五篇 配合医保工作方案.....	44
一、及时配合落实医保管理部门工作部署.....	44
(一) 配足专业人员.....	44
(二) 严格制度管理.....	44
(三) 定期汇报沟通.....	44
二、配合开展政策执行评估研究并完善建议、积极支持医保改革创新.....	45
(一) 政策执行评估研究.....	45
(二) 完善建议.....	46
(三) 支持医保改革创新工作开展.....	46
第六篇 信息数据安全保密方案.....	49
一、信息数据安全保障.....	49
(一) 制度保障.....	49
(二) 基础设施保障.....	49
(三) 数据集中管理，分级授权访问.....	50
(四) 日常监控运维，专人定期分析.....	50
(五) 信息安全认证符合国际标准.....	50
(六) 信息数据安全操作管理办法.....	50
二、信息系统安全保密措施.....	53
(一) 行业最高等级的数据管理能力成熟度.....	53



(二) 信息系统安全保密保障.....	53
(三) 健康保险业务管理信息系统.....	55
(四) 医疗费用智能审核系统.....	57
(五) 统计信息系统.....	59
(六) 财务核算系统.....	60
附 章 综合创新方案.....	61
一、参保人员服务创新.....	61
(一) 健康管理服务创新.....	61
(二) 政策宣传方式创新.....	61
二、承办服务创新.....	62
三、配合医保工作创新.....	63
四、信息数据安全保密创新.....	63
结束语.....	64



第一篇 总体工作方案

根据《新乡市职工大额医疗费用补助采购项目》招标文件的要求，为切实做好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，确保市职工大额医疗费用补助项目的稳健运行，在市医疗保险中心的指导和监督下，我公司完全响应本次招标要求，并在部分核心工作上优于招标文件要求，提出了创新举措，力求把我公司的专业优势、技术优势、经验优势和经营管理优势转化为持续服务项目的新动能。

一、组织架构和工作职责

（一）领导小组组织架构及工作职责

1. 组织架构

组 长：新乡市分公司党委书记、总经理

副组长：总经理室成员

成 员：健康保险部、人力资源部、财务部、运营服务部/消费者权益保护部、风险管理部、综合部等部门负责人。

2. 工作职责

主要统筹负责“新乡市职工大额医疗费用补助采购项目”的组织协调、资源保障等整体工作。

（二）工作小组组织架构及工作职责

1. 组织架构

工作小组包括健康保险部、运营服务部/消费者权益保护部、人力资源部、财务部、综合部、风险管理部等部门。

2. 工作职责

（1）健康保险部

一是负责本项目相关政策解读，工作内容、工作任务的制定，综合数据分析，服务队伍的管理及考核。二是负责与医保管理部门对接以及各部门之间工作协调。三是协助医保部门制定医疗服务行为检查方案。四是实施服务质量管理，



制定管控方案。五是按要求做好报表、报告报送工作。

(2) 运营服务部/消费者权益保护部

负责项目承保、保全、理赔、95519 客服、回访等工作。

(3) 人力资源部

负责本项目的人员招募与配备，劳务派遣合同签订、待遇支付等。

(4) 财务部

负责本项目账户管理、核算管理、费用及固定资产管理。

(5) 综合部

负责本项目所需设备配置与维护，网络信息系统的开发、对接、维护及信息系统数据安全保障。

(6) 风险管理部

负责本项目内控制度的制定和具体实施。

二、任务、岗位、内控管理措施

公司目前已具备与医保系统对接的健康保险业务管理信息系统，并将持续完善配套业务管理制度，加强专业运营管理服务队伍建设，积极配合医保部门强化医疗服务行为检查，支持医保改革创新工作开展。通过科学管理，推动市职工大额医疗费用补助业务持续发展。

(一) 任务管理措施

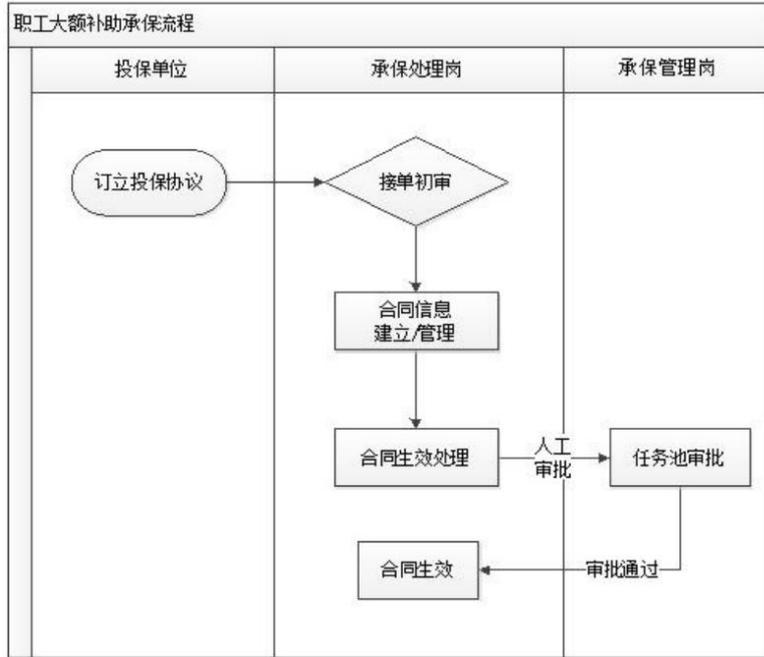
我公司在任务管理方面，将按照医保部门关于职工大额医疗费用补助业务的指导思想和基本原则，配合医保部门落实职工大额医疗费用补助业务各项工作，包括承保管理、保全管理、理赔结算、风险管控、服务管理、数据报送、业务分析、联合办公管理、信息系统管理、培训管理、档案管理。

1. 承保管理

包括业务承保、数据导入流程、操作要点，日常操作注意事项、风险点和管控。



承保处理流程图：



2. 理赔结算管理

职工大额医疗补助费用业务理赔结算分即时结算和非即时结算两类，分别设置有对应的业务处理流程和工作内容。

公司对定点医药机构垫付的职工大额医疗补助费用资金实行先支付后审核的办法，按照《河南省统筹区内定点医药机构医疗费用结算经办规程（试行）》（豫医保中心〔2022〕19号）要求，对即时结算的，自定点医药机构申报成功之日起15个工作日内全额支付到位；对非即时结算的，承诺提供与基本医疗保险相衔接的“一站式”结算服务，收到申请材料后20个工作日内完成支付。

3. 风险管控

采用联网实时监控、现场巡查、病历审核等形式加强医疗服务行为检查，并按医保政策规定扣除不合理医疗费用。同时，充分发挥公司“系统+技术”优势，综合以上检查形



式及异地调查、外伤调查、飞行检查，实现对医疗服务行为“事前、事中、事后”的全流程管控。

4. 服务管理

具体内容：职工大额医疗费用补助的医保政策及承办服务宣传、主动提醒职工参保缴费、温馨提示享受医保待遇、参保人满意度调查、参保人咨询服务、举报投诉的受理处理等。并通过优化服务模式，简化服务流程，向参保职工提供优质、专业、高效的“一站式”服务体验。

5. 数据报送与业务分析

公司将严格按照医保部门及监管部门要求，及时高效报送各类报表、报告。通过系统优势和专业优势，定期对业务承办情况、资金运营情况、理赔服务情况进行监测及汇总整理，形成业务分析报告。同时通过开展数据审核、分析与挖掘工作，形成大数据报告与模型，为市职工大额医疗费用补助业务数据测算、政策调整、管理服务提供依据。

6. 合署办公管理

完善建立合署办公运行机制。通过定期汇报制度、专题例会管理、组建联合巡视队伍、构建多层次考核体系等方式配合医保部门做好合署办公工作。

7. 信息系统管理

为确保市职工大额医疗费用补助业务的顺利、合规开展，借助公司“健康保险业务管理信息系统”，实现与医保信息平台对接。该系统可实现职工大额医疗费用补助业务承保、保全、理赔（含违规费用扣除）的全流程信息化处理，并通过权限设置、防火墙、后台监测等技术确保职工大额医疗费用补助业务信息数据安全保密，切实保障信息安全。

8. 培训管理

为进一步提升市职工大额医疗费用补助业务管理团队和合署办公人员专业知识技能，结合医保政策制度、综合能



力、执业素质等方面制定科学、全面的培训提升计划，使管理、服务人员的培训工作制度化、规范化、系统化、专业化。我公司要求市职工大额医疗费用补助业务管理服务队伍每年接受政策理论和业务技能培训累计不少于40小时，且把员工参加培训、学历教育及资格认证等情况作为绩效考核、晋升的重要依据。

9. 档案管理

为维护市职工大额医疗费用补助业务档案的完整性与安全性，充分发挥业务档案的信息存储、统计分析、审计备查作用，公司按规定完成市职工大额医疗费用补助业务档案管理工作。市职工大额医疗费用补助业务档案包括承保、保全、理赔、权限管理等方面。按照“规范流程、严格管理”的原则开展具体档案管理工作。

（二）岗位管理措施

我公司将为市职工大额医疗费用补助业务的开展配足专业人员，组建一支包含医药、财务、信息技术背景和经验丰富、技术素质过硬的专属服务队伍，根据医保部门要求进行合署办公。

公司有健全的人员管理制度和日常培训、考核机制，确保做好市职工大额医疗费用补助业务日常查验、巡查、理算、审核以及人员管理等工作。

1. 岗位设置

（1）管理岗

负责市职工大额医疗费用补助的业务、财务、信息、人员等相关管理工作；负责日常管理工作；负责资金收支管理工作；负责与医保部门的沟通与协调；负责对服务队伍的日常管理及培训组织工作等。定期向医保部门汇报业务开展情况，加强公司内部协调，确保医保部门工作部署有序开展。

（2）复核岗



负责对参保患者病历资料进行复核、补偿金额计算。

(3) 审核岗

选派具有医学背景人员从事审核岗工作。在得到医保部门授权后，对定点医疗机构的服务、检查、治疗、用药、收费实施审核监管，控制不合理费用发生。

(4) 财务岗

负责财务管理方面。包括支付大额医疗费用补助资金，定期做好统计各类财务报表的核对，定期分析资金支出及运行情况报表，撰写分析报告，并提出意见和建议，报医保管理部门参考决策。

(5) 客户服务岗

负责参保职工咨询答疑、投诉处理、回访及相关工作。

(6) 信息技术岗

负责“健康保险业务管理信息系统”的日常维护，包括网络安全、数据互传、系统升级及软硬件问题的定位分析和跟踪解决，以及设备的日常保养与维护等工作。

2. 岗位管理要求

各岗位人员需结合岗位职责，严格执行医保部门及公司各项管理规定，系统掌握市职工大额医疗费用补助业务相关政策法规及工作流程，及时配合落地医保工作部署，按照考核规定做好业务知识培训与技能提升，规范权限管理，严格执行审批制度和信息保密制度，做好参保职工服务工作。

(三) 内控管理措施

公司针对市职工大额医疗费用补助承办服务各项工作和流程，具备完善的配套制度和操作规范，目录如下：

类别	制度名称	制度文号
协议管理	关于优化政策性健康险业务协议审批事项的通知	国寿人险健(2019)132号
费用管理	关于规范大额医疗费补充保险业务会计核算与财务	国寿人险豫函笈〔2021〕



	管理的通知	320 号
控费管理	关于印发政策性医保控费服务专项支持方案的通知	国寿人险发(2016)278 号
	关于智能审核系统上线有关事项的通知	国寿人险健(2016)70 号
风险管控	健康险条线贯彻落实保监会文件精神 加强风险防控的工作方案	国寿人险健(2017)60 号
	健康保险条线“治理销售乱象 打击非法经营”专项自查自纠工作细则	国寿人险健(2018)9 号
	关于做好健康保险条线“治乱打非”专项自查自纠再排查和发现问题整改追责工作的通知	国寿人险健(2018)80 号
	健康保险条线“防范化解重大风险攻坚战”风险大排查工作细则	国寿人险健(2018)82 号
	健康保险渠道合规管理工作要点	国寿人险健(2019)41 号

三、整体工作计划和流程

(一) 整体工作计划

公司将在医保部门指导下，建立完善各项制度，优化队伍管理，并从以下几方面开展具体工作。

1. 为职工大额医疗费用补助项目提供人财物等保障

按照项目需求及队伍建设要求，配足职工大额医疗费用补助业务专职工作人员，在市医保经办机构配备不少于 20 人(具有医学专业背景的不少于 10 人，具有计算机类专业背景的服务人员不少于 5 人，财务统计类专业背景的服务人员不少于 5 人)，从事职工大额医疗补助费用业务日常管理服务工作，为参保职工提供方便快捷的“一站式”同步服务，并承担车辆设备、办公用品、病历审核和调研培训等相关费用。单独设立服务于稽核中心的固定稽核人员，按照稽核中心的统一组织和分工，配合稽核中心对具体单位开展医疗保障稽核、审核工作，稽核人员人数不少于 2 人。

2. 优化管理服务队伍并加强队伍建设



我公司成立工作小组，在承办职工大额医疗费用补助业务机构建立管理部门及服务队伍。明确管理服务队伍各岗位职责和管理办法，通过培训持续提升管理团队和合署办公人员医保政策制度、综合能力、执业素质等各方面能力。确保年度内合署办公人员变动率低于10%。

3. 提供业务系统保障及信息数据安全保密保障

通过公司研发并成熟应用的“健康保险业务管理信息系统”和“医保数据交换系统”，实现与商保公司交换平台的无缝对接，同时通过权限管理、规范制度、逐级审批等各项措施，配合实现职工大额医疗费用补助业务“一站式”同步结算服务，确保信息系统安全保密、信息数据安全。

4. 做好各项承办服务工作

一是在财政尚未拨付职工大额医疗费用补助资金前，先行垫付参保人员和定点医药机构发生的职工大额医疗费用补助费用。二是对定点医药机构垫付的职工大额医疗费用补助资金实行先支付后审核，对即时结算的，自定点医药机构申报成功之日起15个工作日内全额支付到位；对非即时结算的，在收到参保人员报销资料之日起20个工作日内全额支付到位，并将支付结果反馈医保信息平台。三是大额补助资金实行收支两条线管理，专账核算，专款专用，确保资金安全，保证偿付。四是配合医保部门加强自身信息系统建设，与国家医保信息平台实现互联互通，并按规定承担相关费用。五是按照合同要求，及时报送职工大额医疗费用补助运行分析报告、病历审核和费用支付月报表，并针对运行中发现的问题及时提出合理性意见建议。六是承办职工大额医疗费用补助的盈利率按照合同约定的盈利率执行。七是按照承办服务合同约定，充分发挥自身优势，综合采用联网实时监控、现场巡查、病历审核等形式加强医疗服务行为检查，并按医保政策规定扣除不合理医疗费用。



5. 为参保群众提供全方位的优质服务

一是向职工大额医疗费用补助参保人宣传医保政策及承办服务，主动提醒参保、缴费及享受医保待遇温馨提示等。二是收集参保职工对医保政策满意度、承办服务满意度、医药机构服务满意度，形成完善建议并及时向医保部门反馈。三是建立对职工咨询服务和举报投诉的受理处理机制。四是向参保人提供健康管理服务。

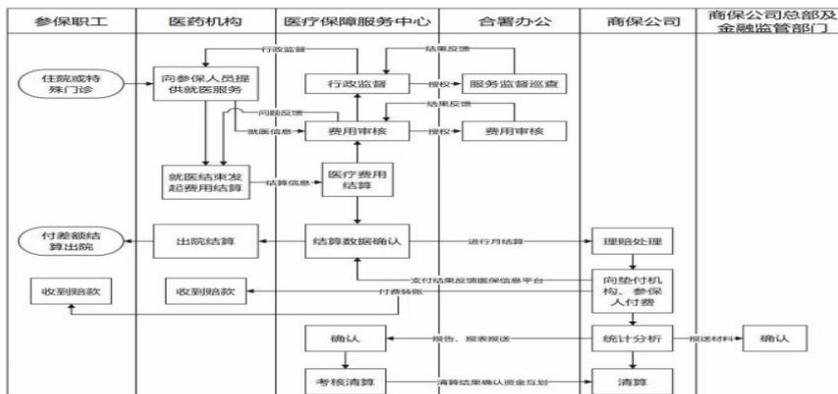
6. 及时配合医保部门落实各项工作

我公司将根据医保部门工作部署，积极配合、及时推进、有效落地。配合医保部门开展政策执行评估研究并完善建议，积极支持医保支付方式改革、智能监控系统搭建、医保诚信体系建设等改革创新工作开展。

7. 不断完善各项制度保障

为规范职工大额医疗费用补助管理和运营，我公司将执行医保部门管理要求，从业务管理、财务管理到参保人服务各个承办流程均依照制度执行，并不断更新完善各项制度，全方位、全流程做好风险防范。

(二) 工作流程



四、具体实施措施及保障措施



(一) 具体实施措施

工作项目	序号	招标要求	对应格式合同条目	实施举措	项目实施时限
机构队伍建设	1	甲乙双方建立联合办公机制，联合办公地点设在甲方，联合办公费用由乙方承担，包括必要的窗口布设、网络搭建、办公用品配备、病历审核、调研培训等费用、商保数据交换子系统的维护与功能开发等相关费。	第六条	1. 建立联合办公机制。 2. 承担联合办公费用，包括必要的窗口布设、网络搭建、办公用品配备、病历审核、调研培训等费用、商保数据交换子系统的维护与功能开发等相关费。	按要求时间完成。
	2	乙方派遣工作人员到甲方联合办公，派驻人员应当具备相关岗位专业要求，接受甲乙双方共同管理，	第七条	1. 足量派驻具有医学、财务、信息技术等相关专业背景人员在甲方联合办公，共同管理。市医保经办机构配备不少于 20 人(具有医学专业背景的不少于 10 人，具有计算机类专业背景的服务人员不少于 5 人，财务统计类专业背景的服务人员不少于 5 人)	按要求时间完成。
信息系统建设	3	乙方应建立信息对接系统，相关费用由乙方承担。以河南省医疗保障信息平台数据为准，经甲方授权，乙方可以从河南省医疗保障信息系统中查阅、打印获取与大额补助相关的信息，并对接触、使用的信息按照相关规定严格保密，确保信息安全	第八条	加强自身信息系统建设，与医保信息平台实现互联互通，实现费用及时结算和资金有效监管并确保信息安全。	提前已完成
	4	甲方与乙方签订医保数据资源使用与保密协议，未经甲方审批同意，乙方不得向第三方泄露任何相关信息	第九条	严格按照合同要求做好保密工作，杜绝向第三方泄露任何相关信息，	实时



		息，不得将信息数据用作大额补助之外的其他用途；若乙方擅自泄露相关信息或者使用至其他用途，造成甲方、参保人员或其他第三方损害的，依法承担法律责任。			
资金支付	5	乙方作为大额补助的承办方，应依照本合同约定对参保人在本合同期内发生的需大额补助赔付的费用承担审核赔付责任。	第十条	严格按照协议要求进行支付。	实时
	6	参保人员住院跨保险年度（合同年度）时，按职工基本医疗保险的有关政策办理年度结转和年终结算。	第十五条	严格按照协议要求执行	实时
	7	参保人员异地就医按照《国家医保局财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）、《河南省医疗保障局 河南省财政厅关于进一步做好河南省基本医疗保险异地就医直接结算工作的通知》（豫医保办〔2022〕48号）等相关规定执行。	第十四条	严格按照医保部门相关规定执行。	实时
费用结算	8	大额补助结算所需材料按照《河南省医疗保障局关于印发〈河南省医疗保障经办政务服务事项清单（2024年版）〉〈河南省医疗保障经办政务服务事项办事指南（2024年版）〉的通知》（豫医保办〔2024〕41号）有关规定执行，鼓励进一步精简材料、缩短时限、优化流程。	第十六条	严格按照医保部门相关规定执行。	实时
	9	结算支付分为直接结算和手工（零星）报销。 （一）直接结算。参保人员在定点医药机构发生的应由大额补助资金支付的医疗费用实行直接结算，按规定应由个人负担的医疗费用，由本人与定点医药机构结	第十七条	1. 按照先结算后审核的方式； 2. 在收到定点医药机构申报材料 15 个工作日内完成支付； 3. 对于手工报销，在收到申请材料后 20 个	按规定时限执行



	<p>清；应由大额补助资金支付的医疗费用，先由定点医药机构垫付，再由乙方与定点医药机构结算。乙方按月与定点医药机构结算，按照先结算后审核的方式，自定点医药机构申报成功之日起 30 个工作日内完成支付，不得无故拖延。</p> <p>(二) 手工（零星）报销。参保人员未能在定点医药机构（急诊除外）直接结算的应由大额补助资金支付的费用，先由参保人员垫付，在治疗结束后携带相关材料到参保地大额补助业务窗口办理手工（零星）报销业务，乙方在收到申请材料后 20 个工作日内完成支付，不得无故拖延。</p>		<p>工作日内完成支付。</p>	
	<p>10 乙方不得以任何理由拒绝支付参保人员应享受的大额补助待遇，不得拖延或拒不支付定点医药机构垫付的大额补助费用。</p>	<p>第十八条</p>	<p>不得以任何理由拒绝支付参保人员应享受的大额补助待遇，杜绝拖延或拒不支付定点医药机构垫付的大额补助费用。</p>	<p>实时</p>
<p>资金筹集与拨付</p>	<p>11 大额补助资金实行收支两条线管理，专账核算，专款专用。乙方要制定严格的大额补助资金财务管理制度</p>	<p>第十九条</p>	<p>严格执行财务管理制度，加强账户管理，按照资金用途合规使用。</p>	<p>按规定时限执行</p>
	<p>12 大额补助资金按季度申请、拨付。乙方于每季度初根据上季度大额补助医疗费用支出情况向甲方提出用款申请，经甲方核准报主管行政部门审批后向市财政部门申请拨付资金。市财政部门将资金拨付至甲方，甲方拨付至乙方指定账户。</p>	<p>第二十条</p>	<p>按照大额补助资金按季度申请。</p>	<p>按规定时限执行</p>
<p>资金的盈亏管理</p>	<p>13 甲乙双方建立大额补助资金风险共担机制。乙方年度盈利率（含运营成本）控制在当年大额补助资金筹集总额的 3.85% 以内。承办合同期满，甲方对承办</p>	<p>第二十一条</p>	<p>1. 严格执行合同约定的盈利率。 2. 积极配合项目资金清算，对终结性结果，不持异议，且不提出再清算的诉求。</p>	<p>按规定执行。</p>



	<p>合同期间的大额补助资金进行清算,该清算结果为终结性结果,乙方对此清算结果不持异议,且不提出再清算的诉求。</p>			
14	<p>清算后若又出现或者审计超出清算应支金额的费用,乙方仍有继续支付的义务。清算发现乙方有应退回的费用,乙方应将应退回费用返还至甲方指定帐户。</p>	第二十三条	严格按照医保部门相关规定执行。	按规... 限执行
15	<p>乙方应积极配合医疗保障稽核机构加强对定点医药机构的日常稽核监督工作,规范医疗服务行为(具体稽核工作要求详见附件)。乙方应充分发挥其专业优势,可采取现场审核、抽取病历审核等形式对定点医药机构垫付的大额补助费用进行审核,对发现不符合政策规定而纳入支付范围、冒名顶替及弄虚作假等违规行为,经医疗保障稽核机构、定点医药机构三方确认属实后,不合规费用在下月资金结算时予以扣除,具体流程按照医疗保障稽核机构的有关规定执行,对定点医药机构涉及的违规行为按照相关规定处理。</p>	第二十四条	严格按照医保相关规定积极配合医保部门加强对定点医药机构的监督工作,规范医疗服务行为,对医疗服务行为进行事前、事中和事后的监督、核查,控制不合理费用,并按规定扣除不合规费用。	实时
16	<p>在已支付的大额补助结算费用中,乙方发现定点医药机构存在虚假申报等套取大额补助资金行为的,应同步将其违规行为通报医疗保障稽核机构,经医疗保障稽核机构核实属实后,责令其退回相关费用,涉嫌存在违法行为需要予以行政处罚的,提交医疗保障行政部门处理,涉嫌构成犯罪的,由医疗保障行政部门移送司法机关依法追究其刑事责任。</p>	第二十五条	发现定点医药机构存在虚假申报等套取大额补助资金行为的,及时将该违规行为通报甲方。	按要求时 限执行
医疗服务监管				



	17	乙方应建立疑义病历调查机制，利用自身在全国各地设置的分支机构，调查核实参保人员在全国范围内的异地就医信息，防范骗取职工基本医疗保险基金和大额补助资金行为。	第二十六条	建立疑义病历调查机制，借助公司分支机构，调查核实参保人员在全国范围内的异地就医信息，防范骗取职工基本医疗保险基金和大额补助资金行为。	按需求时 限执行
	18	乙方应建立内控制度，积极配合甲方对大额补助业务的日常监督和资金监管工作，规范承办工作行为，提高承办工作质量，共同维护大额补助资金安全。	第二十七条	建立内控制度，规范承办行为，提高质量，维护资金安全。	实时
档案管理	19	乙方应按照《中华人民共和国档案法》、《中华人民共和国档案法实施办法》、《河南省档案管理条例》、《河南省医疗卫生保险档案管理暂行办法》、《社会保险业务档案管理规范》等相关法律法规规定，切实做好档案资料归档、保管存放等工作，落实大额补助档案专人专柜管理。	第二十八条	严格按照法律法规做好存档工作	实时



（二）保障措施

1. 人员及设备保障

我公司保证在市职工大额医疗费用补助业务承办工作中配足配齐专业的管理服务队伍，专业背景包含医药、财务、信息技术等。公司建立有职能健全、专业化运作专属运营管理机构，并配备有相关岗位专业人员。市医保经办机构配备不少于 20 人（具有医学专业背景的不少于 10 人，具有计算机类专业背景的服务人员不少于 5 人，财务统计类专业背景的服务人员不少于 5 人）。同时，根据医保部门要求实行合署办公。建立健全人员管理制度和日常考核机制，积极做好市职工大额医疗费用补助业务日常查验、巡查、理算、审核以及人员管理等工作。

为市职工大额医疗费用补助业务配备车辆设备、办公用品，并承担服务队伍车辆设备、办公用品、病历审核和调研培训等相关费用。

2. 财务管理及保障

为规范市职工大额医疗费用补助业务的财务管理工作，我公司严格按照财政部制定的《企业会计准则》、《企业会计准则应用指南》等相关规定，开展并规范财务管理工作。实行收支两条线、专账核算、专款专用，确保资金安全，保证偿付。

3. 优质的业务管理与服务保障

我公司为市职工大额医疗费用补助业务设立有专属运营服务团队，并根据医保管理部门要求，建立专业服务队伍，提供优质服务。包括：宣传服务、“一站式”结算服务、咨询投诉受理服务、异地代查勘服务、协助医疗服务行为检查、定期提供资金报表报告、向参保职工提供增值服务、严格保密参保人的个人资料信息。



4. 医疗服务行为检查队伍及技术保障

我公司将用多年承办市职工大额医疗费用补助业务积累的技术经验和人才储备，成立专职服务队伍，通过联网实时监控、现场巡查、病历审核、异地核查等方式，加强对医疗行为、医疗费用的审核监督，配合医保主管部门对基本医疗定点医疗机构的管理，加强医疗风险管控，有效避免过度医疗及虚假医疗行为的发生，确保参保人群医疗费用有效、合理开支，保障资金安全。

5. 系统保障

中国人寿“健康保险业务管理信息系统”功能完善、处理高效，符合 CMMI-3 软件开发能力成熟度认证、ISO20000IT 服务管理质量认证等国际标准认证，具备信息采集、结算支付、信息查询、统计分析、信息报表等多项功能，有着严格的系统安全防护措施，可切实维护参保人员信息安全。通过集群环境下的数据缓存等技术措施，系统理赔计算速度更快、更高效。该系统荣获国家版权局计算机软件著作权和中国保险行业信息化创新项目奖。



第二篇 队伍建设方案

一、人员配备及费用承担

【承诺按照承办服务合同要求在新乡市、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（具有医学专业背景的不少于 10 人，具有计算机类专业背景的服务人员不少于 5 人，财务统计类专业背景的服务人员不少于 5 人）、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），专职为参保职工提供职工大额医疗费补充保险日常服务。

单独设立服务于稽核中心的固定稽核人员，按照稽核中心的统一组织和分工，配合稽核中心对具体单位开展医疗保障稽核、审核工作。承诺安排人员、资金、提供相关稽核业务服务。稽核人员人数不少于 2 人】

（一）人员配备

按照承办服务合同要求为项目足额配备专业素质过硬、综合能力优秀的骨干人员，进行市职工大额医疗费用补助的管理服务工作。服务团队将在市级医保管理部门的指导下，具体负责如下事项：

1. 对大额医疗费用补助待遇申请的受理；
2. 对大额医疗费用补助待遇的审核支付；
3. 配合医保管理部门对医疗保险资金进行监管；
4. 配合医保管理部门处理大额医疗费用补助的相关事务；
5. 医保管理部门安排的其他具体事项。

公司采取专岗配置、校园招聘、社会招聘等措施不断充实市职工大额医疗费用补助业务管理服务队伍，重点招聘具有医学、财务管理、信息技术专业背景人员，持续完善人员管理制度，并通过专业化的人员管理系统开展信息化管理。

（二）按合同约定承担相关费用

公司将按照合同约定承担车辆设备、办公用品、病历审



核和调研培训等相关费用。

二、管理团队和合署办公人员培训提升计划

公司将依托标准化培训课程体系，利用线下面授、线上课程等多种形式，邀请医保部门和相关领域专家，围绕医保政策制度、综合能力、执业素质等内容，对市职工大额医疗费用补助业务管理团队和合署办公人员开展全方位培训。

（一）培训目标

使管理团队和合署办公人员熟练掌握市职工大额医疗费用补助政策及业务流程、提升综合能力和执业素养、增强服务意识和合规意识，确保配合医保落地各项工作部署。

（二）培训内容

以“实战实训”为指导思想，设置与工作要求相匹配的培训内容，课程设置如下：

课程分类	培训内容
医保政策制度	1. 社会保险法与相关法律法规
	2. 国家基本医保政策和社会保障体系
	3. 新乡市基本医保政策
	4. 新乡市医疗保障体系与政策解读
综合能力	1. 公司文化与商务礼仪
	2. 诚信与职业道德素养
	3. 电脑操作和办公软件
	4. 公文写作
执业素质	1. 健康保险业务管理信息系统功能与操作
	2. 医学专业知识
	3. 常见医疗违规行为与医疗监管方法
	4. 稽核实务
	5. 医院管理和医疗服务流程
	6. 核查经验及案例交流



	7. 业务技能提升及常见问题沟通答疑
--	--------------------

(三) 培训类别

培训阶段	培训对象	培训时间	授课形式
岗前培训	上岗前员工	15 天	集中面授
在职培训	职工大额所有管理服务人员	每年不少于 40 小时	面授、线上 线上宣导

(四) 培训师资

一是医保管理部门、医疗卫生等专业领域专家；二是公司相关部门专业人员；三是高校相关专业师资力量；四是其他相关机构专业人员。

(五) 培训基地

公司在全国范围内拥有三大专业的培训中心，包括：中国人寿成都保险研修院、中国人寿湖南长沙保险职业学院、中国人寿上海培训中心。同时，21 个省级培训中心和 105 个市级培训中心遍布全国范围。

(六) 培训方式

包括面授集中培训、线上灵活宣导、自主学习交流等。

(七) 培训考核

我公司将严格按照培训目标和内容，制定员工年度硬性培训课程的学时数量，要求岗位人员完成相应课程的考试并修满学分。同时将培训情况计入员工培训档案，与考核、晋升相结合。

三、合署办公人员队伍稳定性承诺及管理措施

我公司采取严格人员招聘、加强专业能力培训、提供晋级晋职空间、提升员工收入和福利水平，确保年度内合署办公人员变动率低于 10%。

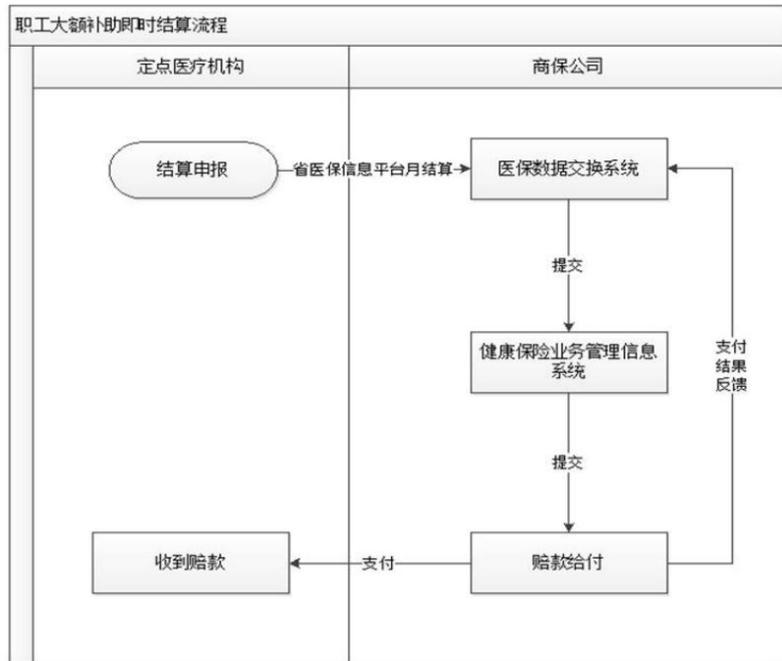


第三篇 承保服务方案

一、费用审核及资金支付

【承诺在收到定点医疗机构申请支付材料 15 个工作日内，拨付其垫付的城镇职工大额补充医疗保险资金；以群众为中心，承诺提供与基本医疗保险相衔接的“一站式”结算服务，并有具体实施措施的。】

(一) 即时结算业务处理流程



1. 定点医疗机构垫付的职工大额医疗费用补助资金支付流程

参保职工在定点医疗机构住院就医，且符合新乡省市职工大额医疗费用补助补偿标准的，就诊结束后，定点医疗机构在参保职工办理结算手续时，由定点医疗机构先行垫付职工大额医疗费用补助费用，参保职工无需另行申请。医疗机构逐月在医保平台内提交月结数据，我公司通过商保数据交换系统获取医疗机构提交的数据并核对无误后向医疗机构

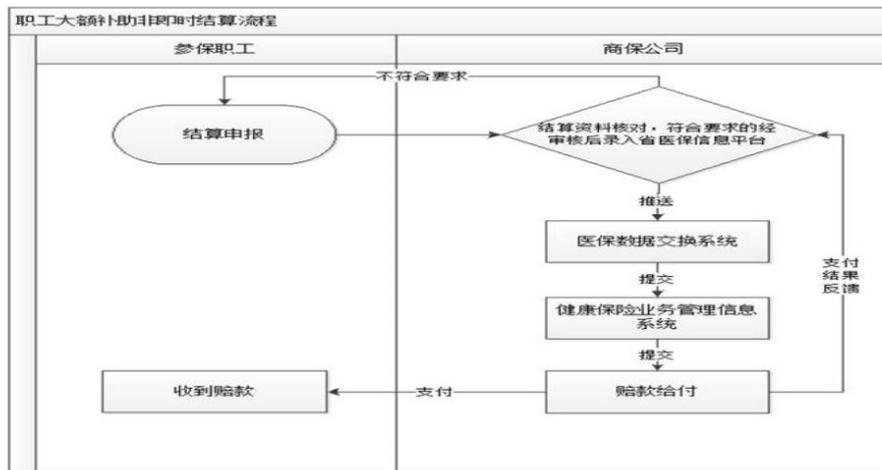


完成支付，并将支付结果反馈医保信息平台。

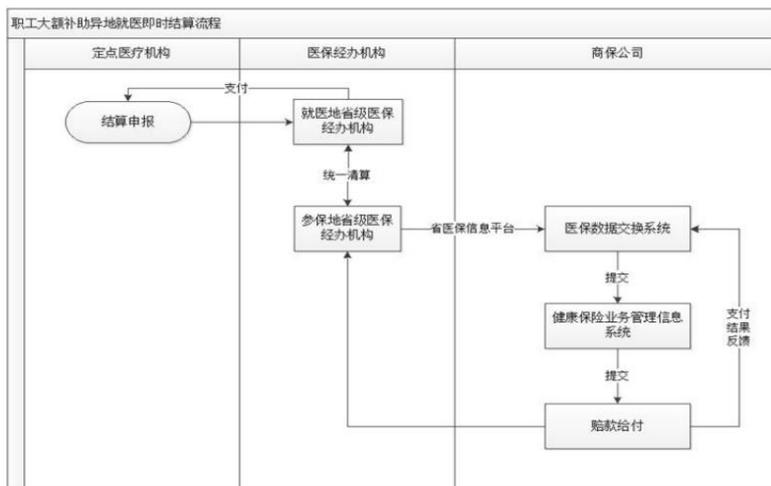
2. 对定点医疗机构垫付的职工大额医疗费用补助资金实行先支付后审核

公司按照市职工大额医疗费用补助承办服务合同约定及医保主管部门工作要求，实行先支付后审核，对于审核出的拒付费用，将在下期结算资金中予以扣除，并将拒付记录反馈医保信息平台。

(1) 本地就医“一站式”即时结算流程



(2) 跨省异地就医“一站式”即时结算流程





3. 公司承诺自定点医药机构申报成功之日起 15 个工作日内全额支付到位

公司按照合同约定及医保工作要求，确保在获取定点医药机构申报成功之日起 15 个工作日内全额支付到位，并将支付结果反馈医保信息平台。

（二）非即时结算业务处理流程

参保人员因转诊转院及异地就医等其他情况不能进行“一站式”结算时，先由个人垫付后，申请人前往医保窗口提交报销相关资料，我公司按规定在收到参保人员报销资料之日起 20 个工作日内全额支付到位，并将支付结果反馈医保信息平台。

二、强化资金管理，加强过程管控

【承诺大额补助资金实行收支两条线管理，专账核算，专款专用，确保资金安全，保证偿付。】

公司根据医保管理部门资金管理要求制订专项财务资金管理办法，确保项目资金合规运行。

（一）按要求加强资金管理

按照《关于规范大额医疗费补充保险业务会计核算与财务管理的通知》（国寿人险豫函笈〔2021〕320号），对涉及财务管理的关键环节逐一进行规范要求：

1. 收支两条线管理

职工大额医疗费用补助业务资金遵循收支两条线的管理原则，确保资金安全，保证偿付。

2. 专账核算、专款专用

按企业会计准则单独核算大额医疗费用补助业务，实行专账核算、专款专用。

（二）规范财务流程，健全保障措施

1. 依法合规，认真履职履责



公司将确保项目财务管理各环节从实践操作到财务档案资料管理依法合规，并积极配合政府有关部门的监督检查。

2. 专人负责，严格资金申请流程

指定专人负责资金申请工作，关注资金拨付进度，在项目资金拨付到指定账户后，及时进行相关财务处理。

3. 强化管理，加强资金监控

公司定期编制资金收支计划，增强资金支出的计划性。同时建立资金内控和检查制度，有效防范资金风险。

4. 规范开支，遵守财务制度

遵守相关财务制度规定，规范项目费用开支流程，严格核算项目各项开支，据实归集和分摊项目经营管理费用。

三、强化信息系统建设并按规定承担相关费用

【承诺配合医保部门加强自身信息系统建设，与国家医保信息平台实现互联互通，并按规定承担相关费用。】

（一）加强自身信息系统建设，与国家医保信息平台实现互联互通

1. 系统保障

中国人寿“健康保险业务管理信息系统”功能完善、处理高效，符合 CMMI-3 软件开发能力成熟度认证、ISO20000IT 服务管理质量认证等国际标准认证，具备信息采集、结算支付、信息查询、统计分析、信息报表等多项功能，有着严格的系统安全防护措施，可切实维护参保人员信息安全。通过集群环境下的数据缓存等技术措施，系统理赔计算速度更快、更高效。该系统荣获国家版权局计算机软件著作权和中国保险行业信息化创新项目奖。

2. 通过系统对接，实现“一站式”同步结算

公司“健康保险业务管理信息系统”在对外的服务接口上提供 21 个标准接口，实现与外部对接系统间的通信和数据传输，可实现与医保系统或医院 HIS 系统的无缝对接，提



供一站式结算服务。

3. 实现支付信息实时传输

为支持我省职工大额医疗费用补助业务开展，我公司与医保信息平台对接并实时传输数据。该系统可按照本地就医，异地就医，零星报销等维度将数据进行分类，最大限度简化理赔操作流程，提高理赔工作效率和支付准确度。

公司将进一步优化已开发的支付风险数据分析模型，按照机构、风险分类、应收付日期等几个维度细化，提升风险数据筛查准确率；同时，整合医保数据交换系统和职工大额医疗费用补助支付风险分析模型，实现预警功能前置。

（二）按规定承担相关费用

公司将按承办业务份额分担因商保数据交换系统新增功能开发应用产生的相关费用（含运营维护费用）。

四、及时报送资料, 强化运行分析

【承诺按照合同要求，及时报送职工大额医疗费用补助运行分析报告、病历审核和费用支付月报表，并针对运行中发现的问题及时提出合理性意见建议。】

（一）按要求做好报表报告报送工作

公司将认真做好市职工大额医疗费用补助资金支付情况监测分析，按时向医保部门报送大额补助月报、季报、年报及资金运行分析报告，及时报告运行中发现的问题并提出合理性意见建议。

1. 报送运行分析报告

报送的报告内容包括但不限于资金支付、现场巡查、病历审核、违规费用扣除等相关数据。分析指标主要包括赔付金额情况、赔付人次、医疗费用分段比例，分医疗机构、病种对赔付情况进行分析，提供工作成效、项目盈亏等指标，分析完成后撰写分析结论，找出存在的问题并提出相关的工作建议和下一步工作计划。



2. 报送病历审核和费用支付月报表

每月按时向医保部门报送病历审核和费用支付月报表，用于反映市职工大额医疗费用补助业务支付金额、支付进度、资金结余情况、医疗服务行为检查违规费用扣除情况等。

3. 报送保障

公司建立有严谨的市职工大额医疗费用补助统计数据审核签批机制，对数据进行严格审核把关，保持统计口径一致性，并对数据真实性、完整性、准确性和及时性负责，保证数据报送工作质量。

(二) 对运行中发现的问题及时提出合理化建议

我公司持续开展分析工作，通过描述性分析、比较分析和综合评价等方式，总结年度数据变化，挖掘数据特征，发现问题，为市职工大额医疗费用补助业务长期稳健发展提供建议。

业务运行分析实施方案：

统计分析：

1. 主要统计方法：描述性分析、比较分析、综合评价分析。

2. 关键指标：

承保人群：如被保险人数、增减情况、年龄分布、性别比例等。

理赔人群：如人员变动、年龄分布、性别比例、增减情况等。

就医情况：如住院人次、住院率、人均和次均住院天数及住院费用、异地就医人数及占比和增长率等；门诊人次、就诊率、人均年就诊频次、增减情况等。

医疗费用：如总费用、住院/门诊费用、各大类费用（如药品、手术、检查等）、明细类费用（如甲类药品、乙类药品、目录外药品等）及占比和增长率，人均、次均费用等。

疾病：如病种分类、年费用变化情况。



医疗机构：如医疗机构级别、医疗机构的就诊情况和费用发生情况。
经办机构：费用发生情况。
财务数据：如资金收入、支出、结余相关金额及增减同比变化情况。

数据挖掘方向：

1. 异常数据挖掘

通过建立数据监测模型，可以帮助识别异常数据，用于分析重复住院、分解住院、超范围用药、违规用药、重复用药、过度用药、重复检查、过度检查、重复收费、分解收费等保险欺诈行为，进一步对异常行为展开后续重点调查。

2. 医疗费用影响因素分析

通过建立医疗费用基础数据模型，识别医疗费用影响因子及影响力，为医保政策制定提供决策参考。

3. 人群健康状态分析

根据医疗大数据，分析人群健康变化情况：如病种检测技术变化、病种发生率、病种治疗手段、病种诊疗费用变化及生存周期变化。

4. 资金使用预测

利用分析模型及算法，基于历史数据进行运算，对资金进行中短期预测，并模拟长期趋势，预估医疗费用总额、结算人次、次均费用等，为管理决策提供科学依据。

五、按合同约定执行职工大额医疗费用补助盈利率

【承诺承办职工大额医疗费用补助的盈利率按照合同约定的盈利率执行。】

六、通过稽核开展医疗服务行为检查及违规费用扣除

【承诺按照承办服务合同约定，充分发挥自身优势，开展稽



核工作，安排人员、资金、提供相关稽核业务服务。稽核人员人数不少于 2 人。】

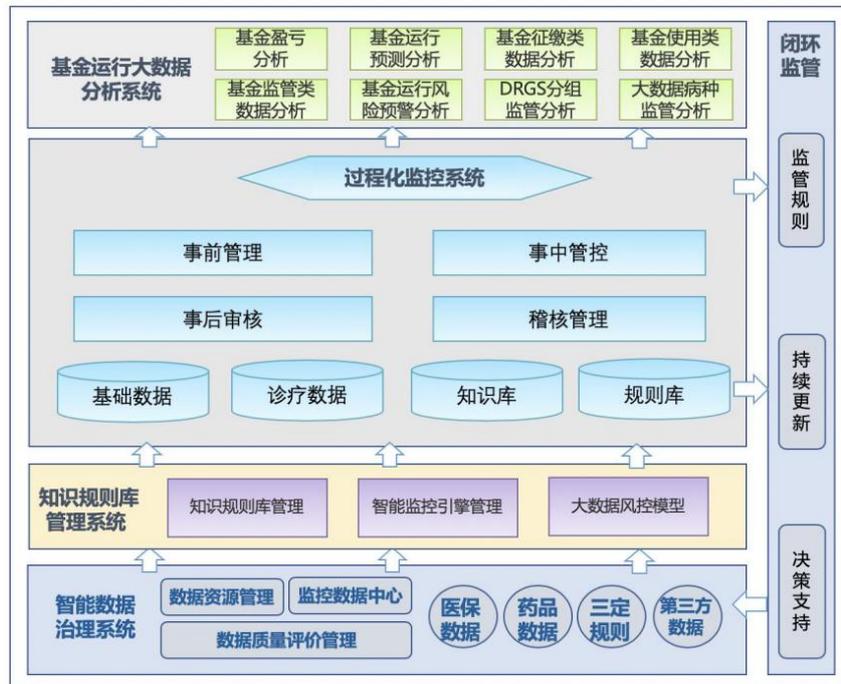
我公司组建专业稽核队伍，积极配合、协助新乡市医疗保障稽核中心（以下简称稽核中心）对全市定点医药机构开展日常稽核监管工作，并为稽核审核工作提供一定的组织、协调、用车保障等便利，协调解决稽核审核过短中遇到的矛盾问题。对职工大额医疗费用补助即时结算费用进行 100% 全覆盖初审，并按随机抽查方式进行复审，其中住院费用的复审比例不低于总量的 5%，跨省异地就医住院患者的病历审查率不低于 20%。通过联网实时监控、现场巡查、病历审核等方式，加强对医疗行为、医疗费用的审核监督，配合医保部门对定点医疗机构的管理，加强医疗风险管控，有效避免过度医疗及虚假医疗行为的发生，确保参保人群医疗费用有效、合理开支，保障大额补助资金安全。

（一）联网实时监控

国家医疗保障局发布的《关于进一步深入推进医疗保障基金智能审核和监控工作的通知》，明确到 2023 年底前全部统筹地区上线智能监管子系统，规范定点医药机构服务行为，初步实现全国智能监控“一张网”。根据国家医保基金监管的新形势和新要求，公司将依托监管经验、技术支撑、服务网点、专业人员、信息安全等众多优势，以“系统+技术”优势，积极配合医保部门搭建并用好智能监控系统。

系统优势：公司的智能监控系统，可以提供丰富监测维度。在开展按疾病诊断相关分组（DRG）付费和基于大数据的病种分值付费（DIP）的地区，加强对临床行为的过程监控，丰富大数据分析比较维度，提升监控效果；可安装视频监控、人脸识别等新技术，开展药品进销存实时管理，完善医保基金风控体系。

我公司智能监控系统整体架构设置：



使用智能监控系统发现的疑似违规行为经医学、财务专家确认后，由定点医疗机构确认，并实时向医保管理部门汇报，三方确认后，按照医保部门工作安排执行扣款。若扣减费用属于定点医疗机构垫付的市职工大额医疗费用补助费用，公司按要求在次月拨付费用中予以扣除。

(二) 现场巡查

配合医保管理部门对定点医疗机构服务行为进行全流程管控，加强对医疗费用、医疗服务等过程管理，规范医疗行为，保障基金安全。合同履行期间，公司将进一步加强巡查队伍建设，配合医保管理部门完成对定点医疗机构医疗服务行为的监管。

巡查过程发现的违规费用需经由定点医疗机构确认，并向当地医保管理部门汇报，若扣减费用属于医疗机构垫付的



市职工大额医疗费用补助费用，公司按要求在次月拨付费用中予以扣除。

（三）病历审核

开展病历审核工作。按照实事求是、依法合规、及时准确、公平公正、全过程审核、权责一致、审核回避的审核原则，严格审核病历文书和费用明细，评估住院标准、用药、诊疗服务、收费等的真实性、合理性、合规性，重点审核进口药品、诊疗项目和服务设施、诊疗过程合理性，对审核出的违规费用予以扣除，提升市职工大额医疗费用补助资金使用效益。

对定点医疗机构垫付的市职工大额医疗费用补助资金，我公司实行先支付、后审核的办法，若发现不符合政策规定纳入支付范围的医疗费用，公司将以书面形式告知定点医疗机构并商医保部门，经三方确认，不合规费用在下月资金结算时扣除。

（四）异地查勘

我公司在各省份上线使用统一的调查管理系统，该调查管理系统具有任务分配、处理、统计、分析、查询等功能，可以全面满足市职工大额医疗费用补助业务的异地调查工作需要。通过公司遍及全国的营业网点和调查队伍，对异地医疗机构服务行为和医疗费用进行监督管控。

根据异地查勘发现的不合理费用，向医保管理部门进行反馈，由医保管理部门对定点医疗机构进行后续处理。



第四篇 参保对象服务方案

一、医保政策宣传服务方案

为加强职工大额医疗费用补助政策宣传，确保市职工大额医疗费用补助有序开展，增强市职工对大额医疗费用补助的了解，为市职工大额医疗费用补助制度实施营造良好的社会舆论环境。我公司特制定医保政策及承办宣传服务方案，旨在充分发挥宣传工作的舆论导向作用，提高宣传工作的针对性和有效性，营造有利于促进职工大额医疗费用补助制度健康发展的舆论环境。

（一）宣传目的

创新宣传载体，丰富宣传形式。结合时下新媒体热潮，采取群众喜闻乐见、易于接受的方式；线上线下相结合，加强政策解读宣传；大力宣传职工大额医疗费用补助进展成效和典型案例，使参保职工充分了解市职工大额医疗费用补助政策和相关信息。

同时，针对市职工大额医疗费用补助政策，我公司将开展舆情监测工作，及时回应和解答社会各界关注的热点问题，合理引导社会预期，为市职工大额医疗费用补助业务健康发展营造良好的舆论环境。

（二）宣传内容

1. 宣传医保的政策法规及承办服务

主要包括：一是市职工大额医疗费用补助制度的目的、意义；二是市职工大额医疗费用补助政策内容；三是职工大额医疗费用补助业务承办服务内容和流程；四是典型案例及参保职工反响。

2. 参保职工参保、缴费及享受待遇的提示

通过公司宣传渠道，温馨提醒市职工大额医疗费用补助参保职工参保、缴费。告知缴费金额、缴费起止时间、缴费方式、医保待遇享受时间、待遇享受情况等。



（三）宣传方式

1. 传统媒体宣传

借助相关媒体，如新乡日报、新乡广播电视台、人民网、新浪、腾讯等主流媒体，针对基本医保政策、职工大额医疗费用补助政策进行全方位的宣传解析，扩大政策影响力。

2. 新媒体宣传

利用当下热度较高的新媒体途径进行宣传，如：微信、抖音、快手、微博、今日头条等互联网新闻媒体，遴选宣传形象大使，以直播、短视频、宣传片等多种方式多维宣传。

3. 宣传品宣传

（1）宣传海报：设计并制作包含职工大额医疗费用补助政策信息、医保政策知识问答、参保职工关心的相关问题等内容的宣传海报；

（2）宣传折页：印制宣传折页，内容包括参保人权益、医保相关政策、服务网点及电话。通过召开职工大额医疗费用补助政策宣讲会、上门宣传等多种形式，将宣传折页送达参保职工手中，实现基本医保政策、职工大额医疗费用补助政策的快传播、全覆盖；

（3）宣传展架、横幅：通过展架、横幅宣传职工大额医疗费用补助政策；

（4）公共雨具、购物袋等便民用品：设计并制作具有相关宣传内容的公共雨伞、雨衣以及可循环使用的环保购物袋等便民物品。

4. 社区宣传

组织社区特定人群，举办健康讲座、义诊服务、健康沙龙等公益活动进行宣传，将职工大额医疗费用补助宣传内容纳入活动主题进行互动引导。

5. 创新途径——“国寿大健康”平台宣传

按照国务院《关于促进健康服务业发展的若干意见》及



《健康中国 2030 规划纲要》要求，我司已在业内率先建立“国寿大健康”平台，覆盖生命周期、内涵丰富、结构合理的健康服务体系，主要功能：一是搭建参保职工与医保部门及公司之间的沟通反馈平台，宣传职工大额医疗补助费用惠民政策，提高职工的政策关注度和服务感知度；二是通过健康管理、健康教育等方式，引导广大参保职工养成良好的生活习惯，加强慢性病管理，有效管控风险；三是利用大数据的整合共享效益，逐步探索新乡的“职工大额保障+医保治理+健康服务”的创新模式。

（四）宣传计划

1. 初期集中性宣传

在项目实施第一年，进行集中性密集宣传，使参保职工深入了解项目政策及待遇享受内容。公司将制定菜单式宣传计划，增强宣传操作的灵活性和适应性。

2. 长期持续性宣传

制定详细的项目合作期宣传计划，定期对项目政策调整内容、项目实施效果进行宣传：

- （1）每季度根据实际情况需要，配置合适的宣传内容；
- （2）每半年根据实际情况更新实物宣传内容、宣传短片、政策问答等内容；
- （3）每年度末在承办范围内进行项目运行情况宣传。

3. 相关要求

政策宣传工作在医保部门指导下进行。我公司开展政策宣传活动前需将宣传方案、宣传内容材料、宣传方式等上报医保主管部门批准后方可实施。

（五）宣传保障

我公司为以上各种宣传形式提供必要的人、财、物支持。完善报备审批手续，如实宣传。



二、开展参保人满意度调查，形成完善建议

我公司拟通过参保职工基本情况调查、医保政策满意度调查、承办服务满意度调查、医药机构服务满意度调查四个方面开展调查，同时确保数据真实性及抽样代表性，进行科学有效的数据分析，最终形成针对市职工大额医疗费用补助制度的完善建议，及时向医保部门反馈，协助医保部门确保项目长效稳健运营。

（一）调查对象和形式

调查对象为参保职工。调查可采取问卷调查、电话调查、网页调查、手机小程序调查等多种方式。

（二）调查内容

1. 基本情况调查

- 1、您的性别是？ 男 女
- 2、您的年龄是_____
- 3、您现在是否与子女住在一起？ 是 否
- 4、您的学历是？
 小学及以下 初中 高中或中专 大专 本科
 研究生及以上
- 5、您的户口类型是？
 城镇户口 农村户口
- 6、对于现阶段健康问题调查。
 健康 一般 体弱有重病
- 7、现阶段收入。
 3万以下 3~10万 11~20万 20万以上
- 您的意见和建议：

年 月 日



参保对象服务方案



2. 医保政策满意度调查

(1) 基本医疗保险政策满意度调查

1、您对现行起付线满意吗？	非常满意	满意	一般	不太满意	非常不满意
2、您对现行报销范围满意吗？	非常满意	满意	一般	不太满意	非常不满意
3、您对报销比例满意吗？	非常满意	满意	一般	不太满意	非常不满意
4、您对封顶线满意吗？	非常满意	满意	一般	不太满意	非常不满意
5、您对个人缴费数额满意吗？	非常满意	满意	一般	不太满意	非常不满意
6、您对异地就医满意吗？	非常满意	满意	一般	不太满意	非常不满意
7、您对就诊方便程度满意吗？	非常满意	满意	一般	不太满意	非常不满意
8、您对现在医疗保险制度整体满意吗？	非常满意	满意	一般	不太满意	非常不满意
您的意见和建议：					
年 月 日					

(2) 职工大额医疗费用补助政策满意度调查



参保对象服务方案



- 1、您对现行起付线满意吗？
非常满意 满意 一般 不太满意 非常不满意
- 2、您对现行报销范围满意吗？
非常满意 满意 一般 不太满意 非常不满意
- 3、您对报销比例满意吗？
非常满意 满意 一般 不太满意 非常不满意
- 4、您对封顶线满意吗？
非常满意 满意 一般 不太满意 非常不满意
- 5、您对个人缴费数额满意吗？
非常满意 满意 一般 不太满意 非常不满意
- 6、您对异地就医满意吗？
非常满意 满意 一般 不太满意 非常不满意
- 7、您对就诊方便程度满意吗？
非常满意 满意 一般 不太满意 非常不满意
- 8、您对现在职工大额医疗费用补助制度整体满意吗？
非常满意 满意 一般 不太满意 非常不满意

您的意见和建议：

年 月 日



3. 承办服务满意度调查

1、您对报销的流程满意吗？

非常满意 满意 一般 不太满意 非常不满意

2、您对报销时效满意吗？

非常满意 满意 一般 不太满意 非常不满意

3、您对职工大额医疗费用补助业务人员的服务态度满意吗？

非常满意 满意 一般 不太满意 非常不满意

4、您对职工大额医疗费用补助业务人员的业务能力满意吗？

非常满意 满意 一般 不太满意 非常不满意

5、您对职工大额医疗费用补助业务的服务环境满意吗？

非常满意 满意 一般 不太满意 非常不满意

6、您对政策宣传力度满意吗？

非常满意 满意 一般 不太满意 非常不满意

7、对职工大额医疗费用补助业务的整体满意度

非常满意 满意 一般 不太满意 非常不满意

您的意见和建议：

年 月 日



4. 医药机构服务满意度调查

- 1、对就医的便利程度满意吗？
非常满意 满意 一般 不太满意 非常不满意
- 2、对医疗技术水平及设施满意吗？
非常满意 满意 一般 不太满意 非常不满意
- 3、对医疗费用水平满意吗？
非常满意 满意 一般 不太满意 非常不满意
- 4、对医生、护士的服务态度满意吗？
非常满意 满意 一般 不太满意 非常不满意
- 5、对医院治疗效果满意吗？
非常满意 满意 一般 不太满意 非常不满意
- 6、对定点医疗机构的整体满意度满意吗？
非常满意 满意 一般 不太满意 非常不满意

您的意见和建议：

年 月 日

(三) 调查流程

调查流程包括样本抽取、实施调查、数据处理分析和编写调查报告、统计汇报等，具体工作内容如下：

1. 样本抽取：根据实际需求，可采用随机调查、重点调



查或抽样调查等方式，多渠道多途径的获取调查样本数据，保证统计调查的客观性、准确性和完整性。

2. 实施调查：调查回访人员负责实施调查，获取调查数据，要求保证原始数据的质量。

3. 数据处理分析：对调查回访人员提供的数据进行检查、核对、编码、录入，使用 SPSS 等统计学分析软件做分析总结，编写满意度调查报告并形成改进方案。

4. 统计汇报：将汇总的服务满意度测评表、测评统计表、服务满意度测评报告和改进方案向医保管理部门进行汇报。

（四）形成完善建议

公司通过调查参保职工对医保政策满意度、承办服务满意度、医药机构服务满意度等内容，运用数据分析工具，采用定性分析和定量分析的方法，发现问题并形成合理化建议上报医保管理部门。

三、参保人咨询服务和举报投诉的受理处理机制

（一）咨询服务受理机制

1. 咨询服务受理原则

按照首问负责、专人跟进服务、规范服务、客户满意原则开展参保人咨询服务受理处理。

2. 咨询服务组织管理

总公司构建有覆盖全国的客户服务网络，为客户咨询服务提供系统支持和制度保障。省公司负责市职工大额医疗费用补助业务参保人咨询受理、问题搜集、结果或意见反馈。

3. 咨询服务渠道

合署办公网点、政务大厅、95519 客服专线等。

4. 咨询服务队伍

包括：政务大厅及合署办公网点职工大额医疗费用补助业务管理服务人员、95519 座席代表。



5. 咨询服务要求

对于参保职工咨询事项，受理人员可直接答复的应及时准确答复，不能准确回答或需核实的，须详细记录咨询问题及咨询人信息，第一时间联系相关负责人进行咨询，得到答复后于1个工作日内回复咨询人，并做好解释工作。

（二）举报投诉处理机制

公司制定了投诉综合治理工作方案，确保建立畅通、高效的投诉处理通道，维护参保人合法权益。

1. 举报投诉处理原则

按照属地管理、分级负责、就地处理、专人跟进、部门协作原则开展参保人举报投诉处理工作。

2. 举报投诉处理渠道

包括公司邮箱、举报箱、客服专线 95519、柜面及医保管理部门指定渠道等。

3. 举报投诉处理流程

包括举报投诉问题记录、流转、追踪、结果反馈及归档。

4. 举报投诉处理要求

公司受理的市职工大额医疗费用补助业务投诉件须进行登记处理。对于事实清楚、争议情况简单的投诉，公司应自受理之日起10日内做出处理决定；对于情况复杂的投诉，应当自受理之日起25日内做出处理决定。并向投诉人做出明确答复得到投诉人理解，同时应对投诉处理材料按照医保部门及监管部门要求及时归档管理。健康保险事业部协同举报投诉受理部门做好解释和疏导工作。



第五篇 配合医保工作方案

我公司将依照政府及医保管理部门政策制度规定、项目招标要求、合同约定，充分发挥公司在承担社会责任、品牌实力、业务协同、战略合作、服务网络、合作经验、专业技术、信息科技等方面的综合优势，确保配合医保部门及时有效落地其工作部署、开展政策执行评估研究，以及完善建议，积极支持医保改革创新工作开展。

一、及时配合落实医保管理部门工作部署

（一）配足专业人员

公司将与医保经办机构充分沟通、密切协作，配备市职工大额医疗费用补助业务专职工作人员，建立合署办公机制，与医保部门共同开展结算支付、医疗服务行为检查、政策执行评估研究等工作，并积极支持医保改革创新。

公司将按照承办服务合同要求配备职工大额医疗费用补助专职工作人员，配备在市级医保经办机构不少于 20 人（具有医学专业背景的不少于 10 人，具有计算机类专业背景的服务人员不少于 5 人，财务统计类专业背景的服务人员不少于 5 人）。单独设立服务于稽核中心的固定稽核人员，按照稽核中心的统一组织和分工，配合稽核中心对具体单位开展医疗保障稽核、审核工作。稽核人员人数不少于 2 人

（二）严格制度管理

为了对市职工大额医疗费用补助业务管理服务队伍进行科学规范化管理，确保医保工作部署落实。

（三）定期汇报沟通

1. 建立例会制度

公司配合医保部门建立例会制度，按照医保工作安排召开例会，认真分析总结职工大额医疗费用补助运行情况，研



究解决存在的问题，安排部署下一步工作重点。

2. 对合署办公各方面工作进行总结和汇报

包括合署办公运行总结评价、医疗机构考核评价与反馈、医保政策建议反馈等。

二、配合开展政策执行评估研究并完善建议、积极支持医保改革创新

（一）政策执行评估研究

1. 研究内容

主要包含对政策的执行过程、政策的执行是否达到预期目标等方面。一是政策执行过程评估。主要包括执行过程是否顺利，是否符合政策执行前的设想，政策宣传是否有效，各种人员和硬件、软件的配置是否合理、不同执行组织间的关系是否协调等。二是评估政策的执行是否达到预期目标。指政策在现实环境中的运行结果与预期目标之间的差距，政策的预期目标是政策实施前预先设定的要达到的效果。

2. 标准及方法

我公司采用定性及定量的方法对市职工大额医疗费用补助业务实施效果各个指标进行评估，并选取参保职工、就医机构、经办机构为研究个案，通过随机抽样的方式确定访谈对象，访谈开始前预先设定半结构化的访谈提纲，采用访谈法和观察法深入了解他们对市职工大额医疗费用补助业务政策执行的想法和感受。

（1）效果评估

①直接效果评估

通过访谈可以了解到，在各环节、各过程、监督管理等方面执行市职工大额医疗费用补助业务政策效果，能否达到减轻职工患大病时医疗负担的作用，能否达到政策的预期目



配合医保工作方案



标。

②潜在效果评估

评估市职工大额医疗费用补助业务的发展对提升参保职工安全感，促进社会消费、经济发展、社会和谐稳定的长效关联度。

(2) 满意度评估

①政策实施过程满意度

为不断完善市职工大额医疗费用补助业务政策，评估实施过程的满意度非常必要。

②政策实施结果满意度

对于市职工大额医疗费用补助制度实施，通过对参保职工的调查，可得出职工大额医疗费用补助制度的实施结果满意度，通过不断的完善职工大额政策，解决广大职工的看病问题，提高对市职工大额医疗费用补助政策的满意度。

(二) 完善建议

我公司在配合医保部门开展政策执行评估研究过程中，将根据政策满意度调查、效果评估、数据分析等结果，结合医保部门改革创新工作内容及方向，如医保支付方式改革、智能监控系统搭建及规则优化、医保诚信体系建设、长期护理保险及城市定制型保险保障创新等方面，提出完善制度的具体建议。

(三) 支持医保改革创新工作开展

为支持配合医保部门持续推进医保改革创新工作，公司通过战略投资万达信息和卫宁科技公司，提升医保科技支持能力。公司将利用其在DRG/DIP支付方式改革、智能监控系统、诚信体系建设、药品集中采购、医保信息化等领域的成熟经验服务于我省包括医保科技在内的政务服务信息化建设。

公司可根据医保部门的具体工作要求，对医保基金运行



和医药机构、医护人员、参保人员就医服务行为进行分析，协助实现精准定位、精准处罚。可对医保支付方式改革（DRG、DIP）、智能监控系统、医疗服务诚信体系建设、制度创新等提供一揽子的分析建议和系统支持。

现将公司支持推进医保改革创新工作的技术解决方案及优势概述如下：

1. 支持 DRG/DIP 支付方式改革创新

DRG 系统优势：全量数据的采集与数据质控强化基础建设、多维度实时监测医保基金整体运行情况、引入国际通用技术手段构建医保自动化付费体系、以规范行为、资源合理为核心的 DRGs 病种分组、助力利益相关人共赢的制度体系建设。

DIP 系统优势：公司利用自身行业经验和数据积累等优势，自主研发了基于大数据 DIP 病种分值付费体系，并拥有多个 DIP 软件著作权涉及分值测算、目录管理、均衡指数、审核治理、支付监管一体化等方面。并配套有 DIP 支付模式下的风险控制模型，常用的有统计分析、即席查询、反欺诈骗保监管、规则审核等功能。

2. 智能监控系统支持医保基金监管方式创新

我公司开发的医保智能监管系统同时支持中心端与医疗机构的交互功能，能够在交互平台中完成疑点数据的下发、反馈以及书面证据、诊疗单据、病历清单等图片信息和电子文档的上传、提交，实现在交互平台上的信息互通，资料审核功能。平台利用信息化手段，支持医疗保险经办人员开展审核稽核工作，实现覆盖事前、事中、事后的全流程监管，加大对医疗违规尤其是欺诈骗保行为的惩戒和威慑力度，保障医保基金安全。

监管优势：可提供“技术+服务”的医保智能监管整体解决方案、专家团队服务协助医保部门开展飞行检查工作、



协助搭建诚信体系，开展诚信监管、推进两定机构协议管理智能化、构建医疗服务全过程的监管体系、大数据分析聚焦重点、分类打击、对应施策。

3. 医保诚信体系建设方案

公司开展基金监管信用评价体系信息系统建设，通过相关信息采集、评分和运用等内容，探索医保监管信用体系建设路径，建立医保“黑名单”制度和严重违规定点医药机构、医保医师和参保人员“黑名单”制度。探索完善“黑名单”向社会公开的方式方法，为第三方征信等系统对接做准备。积极推动将医疗保障领域欺诈骗保行为纳入国家信用管理体系，建立失信惩戒制度，发挥联合惩戒威慑力。

系统优势：可靠稳定性、先进成熟性、安全保障性、可扩展性。



第六篇 信息数据安全保密方案

一、信息数据安全保障

我公司在信息数据安全方面高度重视，并有一系列制度规范，对职工大额医疗费用补助信息数据安全提供充分保障。

（一）制度保障

我公司在信息安全保密方面，拟定了相应的信息管理制度，为系统信息安全保密制定了制度规范。主要包括：

《信息安全管理办法》（国寿人险发〔2021〕704号）

《健康保险客户信息管理和保密办法（试行）》（国寿人险发〔2020〕410号）

（二）基础设施保障

近年来，中国人寿按照“两地三中心”的IT基础设施战略规划，整体推进技术、服务、安全三大体系建设，先后开展了数据迁移、数据集中和数据库转换工作，完成了全国数据的大集中和网络扁平化改造，实施了同城备份系统建设和关键应用系统第五级异地灾备建设，启动了双活数据中心建设，构建了“管理集中、服务前伸”的信息服务体系，通过了ISO20000贯标认证，落实了统一身份管理和信息技术等级保护措施，成功建立起了大型数据中心级别的规范运营体系。

上海数据中心(卡园)为主生产运营中心，中心机房按照国际最高等级Tier4级和国家最高A级机房标准设计，可靠性达99.995%，上海张江集电港为其同城备份中心，北京稻香湖中心为异地生产灾备中心。上海数据中心(卡园)投资超过20亿元人民币，总用地80亩，总建筑面积13.1万平方米，机房可用面积约1万平方米。北京稻香湖数据中心投资额在50亿元人民币左右，规划面积超过30万平方米。公司实行的是同城灾备、异地双活的基础架构。上海两个中心互



为备份，当一个出现故障，另一个会自动续接，实现 365 天
×24 小时不停歇运转。

（三）数据集中管理，分级授权访问

我公司“健康保险业务管理信息系统”生产数据集中管理，数据库服务器集中在上海数据中心，生产环境中的数据只有上海数据中心和各省公司相关业务操作人员凭账号访问本省数据，其他无业务操作权限人员无系统数据访问权限，数据的操作和访问都有相应的系统记录，保证了数据的保密性和完整性，数据中心只负责系统运维，不能进行业务数据操作，各省、地市业务人员只能通过系统进行业务操作，无数据后台查看、修改权限。业务、运维分工明确，职责独立，数据权限各自独立，各省系统操作人员在上海数据中心只能访问本省数据，无法访问其他省的数据。

（四）日常监控运维，专人定期分析

我公司建立了日常数据监控与运维制度。安排专人，定期分析数据解析日志，对问题数据进行排查。系统间形成数据定期对账机制，保证本端数据与源端数据一致性。

（五）信息安全认证符合国际标准

我公司信息系统建设通过 CMMI-3 软件开发能力成熟度认证、ISO20000IT 服务管理质量认证等国际标准认证，有着严格的系统安全防护措施，可切实维护参合人员信息安全。

（六）信息数据安全操作管理办法

为规范公司数据维护管理工作，降低数据风险、提高工作效率，适应公司业务不断发展的需要，根据有关法律、法规、规章、政策和技术规范，借鉴国内外先进的管理经验，并总结信息技术工作的实践经验，制定了信息数据安全操作管理办法。

1. 数据采集

公司健康保险业务部门结合监管要求和业务需要，提出



健康保险数据的准确性、及时性和完整性要求，明确采集入口的数据检查与控制规则。公司科技部门按照健康保险数据检查与控制规则建设完善系统功能，保障数据按照规范和标准要求录入信息系统。

2. 数据维护

数据维护包括数据的提取、导入、修改、漂白等操作。

(1) 提取：健康保险数据提取是指由健康保险数据需求部门根据日常经营管理需要提出数据提取需求，科技部门按要求从相关系统后台数据库中进行一次性的数据提取。

(2) 导入：数据导入是指由健康保险数据需求部门根据日常业务经营管理需要提出数据导入需求，由业务部门通过相关系统在前台进行数据导入

(3) 修改：数据修改是指健康保险数据需求部门根据日常业务经营管理需要提出数据修改需求，由业务部门按要求通过相关系统在前台修改。

(4) 漂白：数据漂白是指健康保险数据需求部门在非生产环境中使用健康保险数据时，如在开发测试环境进行的测试验收、数据挖掘和研究工作等，由科技部门按照监管要求和工作需要对数据中敏感信息进行的脱敏处理。

3. 数据传输

(1) 在数据传输和传递过程中，应采取措施保护数据安全，防止未经授权的访问、修改以及数据被错误的放置。数据传输中应对数据进行加密或进行去敏感处理，以保护传输中的数据不被非法获取。

(2) 对数据传输工具的用户访问权限进行控制，使相关人员只有在经授权后才能使用系统中的数据传输工具。应通过对防火墙、路由器等网络设备的设置，限制访问权限及控制数据传输路径。

(3) 对传输链路的设置进行规范记录，每三个月或半



年对网络设置进行一次评估，确保当前的设置能够满足数据传输的安全性需求。当需要变更传输链路的设置时，必须提出正式申请，在获得批准后方可进行变更。同时，申请的审批的轨迹应保留备查。

(4) 建立网络安全策略，以保证数据在网络中的安全传递。

4. 数据使用安全

(1) 数据使用过程中，根据业务流程设置用户角色的数据访问权限和规则，采取身份鉴别、访问控制、数据加密等安全管控措施，禁止未授权访问。

(2) 未经批准授权，禁止以任何形式将公司健康保险数据向第三方提供。如存在监管要求、商业合作等确需对外提供数据的情况，健康保险数据使用部门应根据需要，在符合监管规定的基础上，经总裁室批准或签署正式协议后再行提供数据。如涉及敏感信息，应按照国家监管机构和公司有关要求进行必要的加密和脱敏处理。

(3) 健康保险业务部门根据国家监管机构要求以及业务需要，提出健康保险数据安全要求，明确数据安全防护业务规则。

(4) 科技部门按照安全防护业务规则和网络安全技术要求做好健康保险数据安全的技术支持，防止数据丢失、泄露或非法篡改等。

(5) 科技部门按照公司有关灾备、备份管理办法开展健康保险数据备份工作，保障健康保险业务连续性。

(6) 在涉及健康保险数据的应用系统下线时，按照公司系统下线有关管理规定，由健康保险业务部门结合监管要求和实际需要，明确和提出健康保险历史数据的处理需求。科技部门根据需求对健康保险历史数据进行归档、销毁等技术处理。



二、信息系统安全保密措施

在信息系统安全保密方面，中国人寿打造了从管理、服务、分析、监控到智能审核和精准过程管理等多层面、立体化、全方位的信息数据安全技术支持平台。

（一）行业最高等级的数据管理能力成熟度

中国人寿紧抓数据新要素，将国家数据管理能力成熟度(DCMM)先进理论与公司数字化转型实践相结合，构建数据战略清晰、组织保障明确、制度建设完备、数据架构合理、数据标准健全、数据质量过硬、数据安全可控、数据应用充分的数据管理体系，是我国数据管理领域首个正式发布的国家标准，也是当前国内权威的数据管理成熟度认证体系，行业首家获评数据管理能力成熟度最高等级。

（二）信息系统安全保密保障

1. 高度成熟的运维体系

公司按照“一部两中心”的IT基础设施战略规划，构建了“管理集中、服务前伸”的信息服务体系，落实了统一身份管理和信息技术等级保护措施，拥有成熟的大型数据中心级别的规范运营体系。

公司在北京、上海建设有国际先进的多活数据中心，提供全天候7×24小时的安全、稳定的运行服务保障，提供及时高效的全国性技术保障服务。公司自主设计和建设的首个大型综合园区——卡园数据中心，总建筑面积13.1万平方米，达到国际T4等级标准，得到国内A级机房认证，可靠性达99.995%，在整体设计上位于同业数据中心机房的先进水平。同时数据中心和研发拥有高效的运营和研发体系，为整个集团和系统提供信息服务和技术支持。

卡园IT运维管理体系在“双活/多活”的动态基础架构上构建了标准化的IT服务中心，通过总控中心ECC和分公司信息技术的统一对外服务窗口——IT服务台，实现全方位



服务监控和统一运行调度，能够满足职工大额医疗费用补助业务及时性、可靠性、安全性要求，确保“健康保险业务管理信息系统”稳定运行。

2. 运作高效的运维管理模式

(1) 自动化运维模式

实行自动化、集中化运维管理，通过对运维工作标准化，利用自动化运维工具，实施日常运维工作中的各类巡检、合规、安装部署、问题处理等操作任务，减少线下人工操作，提升运维工作效率及操作准确性，快速准确的响应业务需求。

(2) 总分联合运维服务

实施集中监控管理，建立了涵盖整个 IT 环境的运行监控管理的集中监控管理平台，包括各种类型 IT 组件以及服务、应用、业务、用户层面及物理环境的监控管理；并实现端到端的系统监控、处理、分析，并且联动运维操作管理平台进行自动化的修复。

公司总部建立了负责统一集中监控的 ECC 总控中心，分公司建立有负责受理基层所有信息需求的统一入口 IT 服务台。总控中心与 IT 服务台共同联动服务，对“健康保险业务管理信息系统”相关的问题进行 7×24 小时的及时响应、及时跟进和快速反馈。

我公司将组建专职技术运维团队，负责对“健康保险业务管理信息系统”的全流程运维保障。运维团队包括北京研发中心专职研发支持人员、数据中心专职维护人员及分公司专职服务人员。团队内部职能明确，负责整个运维过程，与公司内部相关人员（包括业务投保、保全、理赔、调查等岗位人员）、与医保系统经办机构等各方面保持良好的沟通，保障系统稳定顺畅运行。



（三）健康保险业务管理信息系统

我公司“健康保险业务管理信息系统”具有完全自主知识产权，具有极强的可靠性、先进性、灵活性等优势。

1. 系统具体优势

（1）可靠性

健康保险业务管理信息系统自从 2012 年运行以来，零安全事故，从未发生信息泄露和数据泄露事件，实时接口可用率达到 100%。

（2）先进性

系统功能包括信息采集、结算支付、信息查询、统计分析、医疗费用审核、财务管理、基金管理、权限管理、组织管理、规则设定、接口调用管理等十多个模块，能够充分满足各地基本医保和市职工大额医疗费用补助的业务需求，同时还能灵活地适应各地的个性化业务和市职工大额医疗费用补助业务政策要求。

（3）灵活性

系统支持理赔规则的前台定义，可即时适应职工大额医疗费用补助政策调整，对于起付线、分段比例、分段金额的变化，无需停机，系统升级，可以在系统前台实时进行调整和修改。同时经过多年来健康保险业务管理信息系统在全国范围内的系统推广实践，已形成一套信息完善且具有广泛适应性的接口标准，能够满足与医保信息平台对接的要求，实现无缝对接。

2. 系统业务流程介绍

健康保险业务管理信息系统流程主要包括：协议管理、补偿处理、结算支付、公共管理、统计分析。具体如下：

（1）协议管理

协议管理主要是对在办理市职工大额医疗费用补助业务中，对参保职工进行承保环节的管理，以及后期对已经生



效的合同进行保全处理。我公司可以方便灵活的响应医保部门对起付线、赔付比例等赔付条件的调整。

(2) 补偿处理

为满足市职工大额医疗费用补助业务处理实际需要，支持业务顺利开展，结算模块支持对参保客户的即时补偿及非即时补偿业务处理，以及与相关医院及参保人员进行费用结算的操作。

(3) 结算支付

我公司的健康保险业务管理信息系统是以方便参保人为原则，通过对接医保信息平台，建立与基本医保资料流转互认机制，能够向参保人提供“一站式”结算服务，实现资源共享、结算同步、监管统一，为参保患者提供便捷的医疗费用结算服务，及时足额支付参保人市职工大额医疗费用补助待遇。同时我公司健康保险业务管理信息系统支持对定点医疗机构的费用支付结算。

结算支付子系统主要包括5个功能子模块：收付费管理、财务冲正、日清日结、风险调节基金管理、财务辅助管理。

(4) 公共管理

公共管理主要支持在职工大额医疗费用补助业务中，对一些相关参数的设定及配置的管理。功能包括：补偿规则设定，产品定义，基本医疗目录设定，机构设置，医疗机构设置，用户与权限设置，人工审批，短信设置， workflow 设置，预警参数设置，数据字典，对码关系管理。

(5) 统计报表

我公司健康保险业务管理信息系统提供相关统计功能，且可通过特定条件对相关业务数据进行查询，支持对特定报表的生成。目前支付按地区、按病种、按人群等多种形式产生统计报表，用以分析市职工大额医疗费用补助资金运行情况及参保职工个人的费用报销情况。



（四）医疗费用智能审核系统

为进一步做好市职工大额医疗费用补助服务，我公司开发并投入使用了中国人寿医保智能审核系统。该系统主要包括监控审核、稽核审核、诚信管理、统计分析、基金分析等五大应用功能和药学知识库、医保业务知识库、诊疗知识库三大核心知识库。我公司通过在药品保障、医疗机构管理和健康服务三个领域建立起一套覆盖支付方、服务方、参保人的标准化体系，获取相关信息，进一步建立起“以参保人”为中心”的服务体系。

中国人寿医保智能审核系统是以基本医保和职工大额医疗费用补助医疗案件信息为基础，通过建立并不断完善医疗保险管理和临床诊疗规范知识库，并利用知识库规则对医疗保险数据进行深入挖掘和分析，从而构建具有预警、预报、控制和分析等功能的医疗保险智能监控平台和全方位的医疗资源管控平台。该平台契合医疗保险精细化管理的趋势，可以有效弥补因人力短缺造成的监控力量不足，并改善监管手段落后的现状，是保障基本医疗保险基金和市职工大额医疗费用补助资金安全运行的有效手段。

监控系统可通过电脑端、移动端使用，方便外勤人员外出调查任务可实时查看信息，充分调度三支队伍（驻院人员、医保专员、稽核专员）的力量并快速进行事故上报，实现全方位监控住院医疗服务。





1. 系统架构图



2. 系统主要功能

系统拥有全面覆盖的核心知识库，包括诊疗知识、药学知识、医保业务知识与规则。诊疗知识包含覆盖 48 个学科的诊疗指南、临床路径、处方、护理知识库、1900 项临床检验指标、循证医学决策支持知识库、诊疗知识、临床经验模板等。药学知识分为化药知识和中药知识，化药知识涵盖了



超过 17200 条化药临床规则、超过 18 万条化药说明书、化药药理分类以及特殊药品的开具规则和用量限制。中药知识包括了中成药的功效整理分类、超过 2700 条中成药的临床规则整理（包括药品属性、用药禁忌、用法用量规则、配伍禁忌、孕妇及哺乳期妇女用药、儿童用药、老年人用药）和超过 59000 条的中成药说明书。医保规则包括医保目录规则和日常管理规则等。知识库中所有规则都由医学、药学专业人员进行分析整理，所有规则都有权威的询证出处，所有规则都精确匹配到药品属性、就诊信息属性和患者信息属性，保证了知识库的正确度、权威度和准确度。

系统具有监控审核、稽核管理、诚信管理、统计分析、基金分析等五大功能，提供多维度立体化的监控手段，协助对医疗资源进行有效管控。

（五）统计信息系统

中国人寿统计信息系统为市职工大额医疗费用补助业务数据管理提供强大数据统计分析和信息报表报送支持，该平台分析报表包括统计简报类、赔付报表类、明细清单类、政府报告类及统计支持类五类，不但能够满足相关部门日常信息报送需求，还可按医疗机构、个人、病种等内容分类统计，为医疗费用管控分析提供数据支持。

中国人寿保险股份有限公司统计信息系统登录界面



Best View: 1024*768 以上版本浏览器
Copyright © 2014 yysnet.com.cn Inc. All Right Reserved.
Email: gdt@china-life.com



（六）财务核算系统

中国人寿财务会计核算系统基于国际先进的SAP产品套件实施，是优秀的、集中式、安全可靠的财务管理系统，能够满足各项业务和各级机构财务核算和管理的要求；具备完整的财务会计体系，支持中国、香港和国际会计准则要求的财务报告；能够实现全面的成本费用管理，可灵活进行成本控制、归集、分摊、分配和分析。共享的财务信息平台可以满足各级机构和部门对财务管理的信息要求，支持管理决策，实现财务集中和共享服务；内置先进的内部控制流程，改善内部审计及监督手段，能够有效控制财务管理风险。系统具有强大的接口能力，实现了与健康保险业务管理信息系统无缝对接。



附 章 综合创新方案

【公司在政府主管部门大力支持下，在积极参与多层次医保体系建设中，心怀“国之大者”，主动创新，挖掘典型，为市职工大额医疗费用补助制度建设贡献国寿智慧和力量。】

公司始终发扬创新精神，坚持创新驱动，弘扬创新文化，出台专项创新激励扶持方案，推动公司上下形成浓厚的创新氛围，打造出一批典型模式和有益的经验做法。

一、参保人员服务创新

（一）健康管理服务创新

中国人寿总公司积极整合第三方健康管理服务资源，打造健康管理服务专业化平台，即“国寿大健康”平台。与北京环球医疗救援、北京启泰元康健康科技、北京远盟健康科技等数十家健康医疗服务商或医疗机构合作，打造面向公司客户的健康管理服务项目。

通过与多家第三方健康服务商合作，在“国寿大健康”平台整合了健康资讯、在线问诊、专家咨询、疾病早防、绿色通道等多样化健康管理服务，初步形成公司医疗健康服务网络，覆盖针对健康、亚健康 and 疾病人群的预防、就医和康复等服务内容。

（二）政策宣传方式创新

1. 新媒体宣传

利用当下热度较高的新媒体途径进行宣传，如：微信、抖音、快手、微博、今日头条等互联网新闻媒体，在公司内部扶持医保待遇政策宣传形象大使，以直播、短视频、宣传片等多种方式立体宣传。

2. 公共交通媒体宣传

采用职工乘坐较为密集的城市公交、出租等媒介宣传，主要为公交站台广告位、公交线路所有车辆的LED宣传屏、



出租车LED宣传屏等公共交通系统的宣传平台，投放宣传图片、影像等资料进行宣传。

二、承办服务创新

使用智能监管系统实现科技控费。

我公司医保智能监管系统是以基本医保、市职工大额医疗费用补助案件信息为基础，通过建立医疗保险管理和临床诊疗规范知识库，利用知识库规则对医疗保险数据进行深入挖掘和分析，构建具有预警、预报、控制和分析等功能的医疗保险智能监管平台，是全方位的医疗资源管控平台。该平台契合医疗保险精细化管理的趋势，可以有效弥补因人力短缺造成的监控力量不足，改善监管手段落后的现状，是保障医疗保险基金和市职工大额医疗费用补助资金安全运行的有效手段。

系统拥有全面覆盖的核心知识库，包括诊疗知识、药学知识、医保业务知识与规则。诊疗知识包含覆盖 48 个学科的诊疗指南、临床路径、处方、护理知识库、1900 项临床检验指标、循证医学决策支持知识库、诊疗知识、临床经验模板等；药学知识分为化药知识和中药知识，化药知识涵盖了超过 17200 条化药临床规则、超过 18 万条化药说明书、化药药理分类以及特殊药品的开具规则和用量限制，中药知识包括了中成药的功效整理分类、超过 2700 条中成药的临床规则整理和超过 59000 条的中成药说明书；医保规则包括医保目录规则和日常管理规则等。知识库中所有规则都由医学、药学专业人员进行分析整理，所有规则都有权威的询证出处，所有规则都精确匹配到药品属性、就诊信息属性和患者信息属性，保证了知识库的正确度、权威度和准确度。

系统具有监控审核、稽核管理、诚信管理、统计分析、基金分析等五大功能，提供多维度立体化的监控手段，协助对医疗资源进行有效管控。



三、配合医保工作创新

公司积极配合医保部门开展打击欺诈骗保宣传，一是在省、市两级公司多媒体大屏上展示打击欺诈骗保标语、播放宣传片，二是利用公司培训、会议、宣传栏、宣传册等方式开展宣传教育。

四、信息数据安全保密创新

行业首家获评数据管理能力成熟度最高等级。

中国人寿紧抓数据新要素，将国家数据管理能力成熟度(DCMM)先进理论与公司数字化转型实践相结合，构建数据战略清晰、组织保障明确、制度建设完备、数据架构合理、数据标准健全、数据质量过硬、数据安全可控、数据应用充分的数据管理体系，成为保险业首家获评数据管理能力成熟度最高等级的单位，充分体现了行业“头雁”引领作用。

此外，中国人寿战略投资了万达信息股份有限公司，架起了技术沟通桥梁，实现公司之间信息共享，技术共享，人才共用的目标，能够更方便快捷为客户提供相关服务。公司将利用万达信息在医保基金监管、药品集中采购、DRGs/DIP支付方式改革、医保信息化等领域的成熟经验服务于我省医保信息化建设。



结束语

公司严格按照“新乡市职工大额医疗费用补助采购项目”招标文件要求，围绕“发挥优势、整合资源、创新理念”的主线制作了本实施计划，分别在总体工作方案、队伍建设方案、承办服务方案、参保对象服务方案、配合医保工作方案、信息数据安全保密方案等各子方案中进行了详细论述，并将根据这一实施计划在今后的合作过程中坚决执行并不断完善。

我们深知：市职工大额医疗费用补助是多层次医疗保障体系重要组成部分，是重大民生工程和民心工程。必须以高度的政治意识和强烈的社会责任感全力以赴做好各项承办服务工作。

我们承诺：严格按照市职工大额医疗费用补助政策和招标文件要求，整合中国人寿系统资源，以过硬的专业素质、科学的规范管理、卓越的服务品质认真履行市职工大额医疗费用补助承办服务合同内容，为参保职工提供高效便捷的暖心服务。

我们有信心、有能力充分发挥国有保险公司管理专业、网络齐全、投资稳健的综合优势，竭尽全力把市职工大额医疗费用补助业务办实、办好，做到在服务社会管理中有为有位，在服务地方经济发展中有为有位，在服务民生保障中有为有位，真正成为一支“促进经济社会发展、保障和改善民生的重要力量”，向政府和参保职工交上一份满意答卷！