

南阳市医疗保障局文件

宛医保办〔2022〕36号

转发河南省医疗保障局关于印发 《河南省医疗保障经办管理服务规范建设专项行动实施方案》的通知

各县区医疗保障局，城乡一体化示范区社会保障服务中心，高新区、官庄工区、鸭河工区组织人社局，市直定点医药机构，机关各科室、局属各单位：

现将河南省医疗保障局关于印发《河南省医疗保障经办管理服务规范建设专项行动实施方案》的通知转发给您们，请结合实际，认真抓好贯彻落实。



河南省医疗保障局文件

豫医保办〔2022〕30号

河南省医疗保障局 关于印发《河南省医疗保障经办管理服务 规范建设专项行动实施方案》的通知

各省辖市、济源示范区医疗保障局，局机关各处室、局属各单位：

现将《河南省医疗保障经办管理服务规范建设专项行动实施方案》印发给你们，请结合实际认真贯彻执行。



河南省医疗保障经办管理服务 规范建设专项行动实施方案

为进一步加强医保经办机构规范管理，优化医保公共服务，有效解决群众反映的痛点、难点、堵点问题，推动医保经办精细化管理和高质量发展，按照国家医保局《医疗保障经办管理服务规范建设专项行动方案》要求，结合我省实际，制定如下实施方案。

一、指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，认真落实党中央、国务院和省委、省政府以及国家医保局决策部署，以国家医保局《医疗保障经办管理服务规范建设专项行动方案》为基本遵循，牢牢把握以人民为中心的发展思想，以医疗保障经办规范建设为抓手，突出年度重点工作抓落地，突出现实矛盾问题抓整改，突出经办业务规范抓统一，突出经办队伍素养抓提升，突出打造亮点品牌抓培塑，进一步提高全省医疗保障经办管理服务水平，确保医疗保障政策落地见效更加顺畅，不断提升人民群众的获得感、幸福感、安全感。

二、基本原则

——坚持统一规范。统一医疗保障经办管理服务各项流程，

形成与医疗保障改革发展相适应的标准化管理体系，省医保部门制定统一制度规范框架，以统筹区为单位推进落实，加强经办管理服务统一规范建设。

——坚持问题导向。围绕解决医保公共服务领域人民群众“急难愁盼”问题，制定针对性强的规范措施，加大政策宣传力度，优化医保办事流程，为群众提供便捷满意的医疗保障经办服务，为完善医疗保障政策和管理提供决策支持。

——坚持典型带动。积极发挥先进引领和示范带动作用，通过有序推进、总结经验、全面推广，有计划、有步骤地开展医疗保障经办管理服务规范建设，带动全省医保经办机构管理服务规范治理取得成效，提高精细化管理服务水平。

——坚持上下联动。与年度重大工作任务、能力作风建设年活动、事业单位重塑性改革、经办机构自身建设等工作结合推进，着力构建纵向到底、横向到边、上下联动的“省、市、县、乡镇（街道）、村（社区）”五级经办体系，形成齐头并进、整体推动的工作格局。

三、工作目标

着眼“五个医保”即“公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医保”建设，围绕“一满意两加强”即“让群众办事舒心满意，加强两定机构结算公开透明、加强经办机构基金管理依法合规”，力争“六项成果”即“出台一套制度规范、形成一套经验做法、打造一批特色品牌、打通一条经办链路、培养一

批专业人才、解决一批疑难问题”，推动医疗保障经办管理服务达到新水平、实现新发展。

四、措施办法

（一）让群众办事报销更加简单便捷

1. 推动经办管理服务统一规范。一是落实服务事项清单和办事指南。各级要落实《河南省医疗保障经办政务服务事项清单（试行）》《河南省医疗保障经办政务服务事项办事指南（试行）》，以服务事项清单和办事指南作为医疗保障经办服务的最底线，认真对照、梳理和排查，清理本统筹区与服务事项清单和办事指南不一致的事项、规范和行为，实现全省执行统一的清单、统一的办事指南和统一的受理表格。二是简化办事材料和流程。围绕“服务质量最优、所需材料最少、办理时限最短、办事流程最简”和“减材料、减流程、减时限”，按照“只减不增”“最少必须”原则，进一步精简材料、优化流程、压缩时限、提升标准，创造可复制可推广的经验做法，打造医保经办服务示范样板。三是持续做好全民参保登记工作。各级要按照《“十四五”全民医疗保障规划》落实全民参保计划，放开灵活就业人员的户籍限制，积极推动职工和城乡居民在常住地、就业地参保，巩固提高参保覆盖率。加强与税务、公安、民政、人力资源和社会保障、乡村振兴、残联、教育等部门参保数据比对工作，确保相关人员应保尽保。开展全省城乡居民参保经办业务培训，继续优化参保缴费服务。加强参保政策宣传，提高基层群众参保政策知晓

率，确保实现应保尽保。四是落实操作规范及经办管理各项规程办法。认真执行国家医保局《基本医疗保险关系转移接续暂行办法》《基本医疗保险参保管理经办规程》等各项经办管理规定，及时研究出台《河南省基本医疗保险参保管理经办规程》《河南省基本医疗保险关系转移接续办法》《河南省重特大疾病医疗保险和救助制度实施细则》等政策文件，指导经办事项办理，不断提升服务事项办理质量。

2. 确保医保政策宣传解读准确到位。一是注重加强学习培训。按照省委开展“能力作风建设年”活动要求，在全省医保系统大力开展岗位练兵比武活动，加强医保经办人员对待遇政策、结算报销等基本医保经办管理服务知识和内容的学习培训，引导医保队伍形成学习业务、重视研究、追求卓越的良好氛围，做到医保政策“一口清”“问不倒”，打造与新时代医疗保障公共服务要求相适应的专业队伍，提升医保人员经办能力。各级适时组织医保经办人员岗位练兵比武。二是抓好政策宣传推广。全面梳理医保参保缴费、待遇享受、基金支付、异地就医报销、药品“双通道”管理等政策落实情况，协同推进待遇清单外政策的清理。各级要充分利用报刊杂志、电视、网络、微信公众号等多种方式手段，加大医保政策宣传力度，并将有关内容制成通俗易懂的图表和手册，向社会公开宣传推广，打通政策宣传“最后一公里”。三是实现方便快捷查询。加快信息化能力建设，畅通医保查询、咨询服务渠道，实现参保人在各级医保官网、公众号、医保

APP、医保服务热线等渠道均可查询参保权益和就医购药等相关信息。落实医保热线“12393”和“12345”双号并行，做好话务员系统性培训，完善知识库和问答手册，实现“热线打得通、政策答得清”。

3. 提升医保经办服务效能。一是推进经办服务标准化规范化。全面开展医疗保障服务示范工程建设，建成一批医疗保障服务窗口示范点、基层服务示范点、定点医疗机构示范点等，推动医疗保障服务标准化规范化建设。二是推进医保经办管理体系建设。加快构建统一规范的医保经办管理体系，强化新时代医保经办职能建设。压实乡镇（街道）政府医保管理服务职能，依托基层政务服务中心、综合服务中心、医疗卫生机构、金融网点等拓展医保经办服务网络。三是强化窗口办理能力。落实医保经办服务窗口“综合柜员制”要求，强化窗口综合办理能力，实现一次告知、一表申请、一窗办成，医保政务服务事项窗口可办率达到100%。四是大力推进服务下沉。确保医保高频服务事项“应放尽放、能放尽放”，做到让参保群众“就近办、一次办、快捷办”。五是推进高频事项全程网办。充分用好现代信息技术、移动技术和大数据计算等创新技术手段，提高线上“一件事”可办率；持续推进高频政务服务事项“一网通办”。巩固基本医疗保险关系转移接续、异地就医结算备案、门诊费用跨省直接结算等“跨省和省内通办”事项，实现生育保险待遇与支付“跨省和省内通办”，推行“掌上办、网上办、自助办”。六是加

强特定人群服务。在加强“零跑腿、不见面”服务的基础上，落实医保经办大厅设置和服务规范，线上线下同步提升对老年人和特殊人群的服务效能，提供更多智能化适老服务。

（二）让两定机构结算更加公开透明

1. 加强医保基金结算方式管理。一是提升医保基金使用管理委员会制度建设效能。加快扩大医保基金使用管理委员会制度覆盖范围，加强定点医药机构医保部门职能建设，发挥其联结医保服务与医院管理的纽带作用，持续提升医保基金使用管理委员会制度效能和定点医药机构医保精细化管理水平。二是推进支付方式改革落地。落实国家 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划，制定和落实 DRG/DIP 经办规程，紧扣“实现四个全覆盖、建立完善四个工作机制、加强四项基础建设、做到四个到位”目标任务，进一步完善配套政策，优化病种目录，强化信息系统，规范技术标准。加强 DRG/DIP 付费智能审核，抓实日常监管和年终考核。加强人才培养，培养一批 DRG/DIP 经办骨干人才。三是科学编制总额预算。全面规范医保基金预算管理，以医保相关的数据为支撑，完善总额预算管理机制，大力推进区域总额预算管理。四是规范开展月度结算和年终清算。依据《河南省基本医疗保险省内异地就医住院医疗费用直接结算经办规程（试行）》《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）》，在总额分配、年末清算等关键环节算清算明基金“一本账”，确保医保基金的预付、结算、清算等工作及时精准到位，

提高医保基金使用质效。五是用好协商谈判手段。落实集体协商和协商谈判等配套办法，强化执行监督，引导两定机构规范使用医保基金。

2. 落实协议管理责任。一是修订完善协议范本。依据国家医保局政策文件，制定《河南省医疗保障定点医疗机构服务协议范本》，制定两定医药机构规范化管理办法，切实加强对定点医药机构的服务协议管理。二是规范协议签订。严格按照两定机构管理办法要求签订履约协议，保证协议签订合法有效，积极推进协议网签。三是加强履约考核。科学制定年度履约考核机制和指标体系，年度考核计划落实到位；考核结果与付费、清算、评优评先、续签和终止等措施挂钩，督促两定机构为参保人员提供优质高效服务，引导定点医疗机构主动降低运营成本、开展价值医疗。四是完善争议处理。建立健全专家评审机制，妥善处理异议和争议。

3. 加强审核结算全面规范。一是落实费用审核制度。规范结算流程，统一结算表单，针对较高风险业务实行“一事双审”，即在执行初审、复核程序的基础上增设复审、审批程序，落实初审全覆盖，住院费用抽查比例不低于总量的5%。二是推进智能化审核。加强大数据应用，创新监管方式，实现医疗费用智能审核全覆盖；持续完善审核“知识库”“规则库”；依托医保信息平台医疗保障智能监管子系统，推进审核自动化和材料电子化，确保结算数据准确上传；开展智慧医保建设，推动人工审核向全面

智能审核转变，减少人为自主裁量权，实现事前提示、事中预警、事后监督的全过程监管。三是及时办理结算支付。按照规定时限拨付两定机构申报的合规医保费用，不得无故拖欠；严格结算清账处理，其中医保拒付的违规费用按财务规定列支、不作挂账处理，切实解决医疗机构长期挂账问题，做到一年一清。

（三）让医保基金管理更加合理规范

1. 严格落实基金财会制度。一是落实基金财务管理制度。各地要严格落实《医保基金财务管理经办规程（试行）》有关规定，严格执行基金财务会计制度、安全和风险预警制度。二是明晰往来账目。基金收支运行情况做到按要求及时公开，基金财务与业务、财政、银行、税务等往来账目清晰、流程合规有效，财务档案及时归档。三是加大查处力度。因审计、纪检巡视、政府督查、飞行检查等发现经办机构的问题，一经核实，严肃处理，绝不姑息，绝不护短，以案为鉴，举一反三，筑牢基金安全防护网。

2. 依法依规开展稽核。一是提升稽核智能化。充分利用创新科技、大数据分析和信息化监管手段，提升医保稽核智慧化水平，更加高效地管控医保费用合规使用。二是稽核规范流程化。严格落实稽核流程，按照稽核准备、稽核实施、稽核处理、材料归档等程序开展待遇稽核，通过对稽核各流程的落实，强化对稽查审核责任的跟踪问效。三是加强稽核全覆盖。依法依规开展日常稽核，实现对两定机构年度稽核检查全覆盖，发现存在疑似违

规或在审核中发现问题时，及时进行核实反馈，通过拒付或追回等方式，降低可能发生的医保费用支付风险。

3. 内部风险闭环管控。一是合理设岗权责明确。各地要认真落实《河南省医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》，完善相关内控机制。通过设立专门内部控制管理部门或专职独立内控岗位，严格落实岗位责任制，做到业务权限职责清晰，业务环节相互制衡，不相容岗位人员配置合理。二是对照风险清单精准防控。认真梳理经办机构内部管理和职权运行风险点，围绕关键风险点加强检查评估，对易发高发环节重点监督，特别要把涉及基金使用的审核支付、结算报销、总额预算、基金划拨等环节作为风险防控的重点，坚决防范医保基金安全风险。三是定期开展检查评估。对内控工作采取本级自评、上一级考评的形式进行检查评估，原则上地市级经办机构每年至少检查评估 1/3 以上县（区）级经办机构，3 年为一个全面评估周期。

五、阶段划分和工作安排

专项行动分为四个阶段：

（一）筹划准备（6 月 10 前）

根据国家医保局《关于印发〈医疗保障经办管理服务规范建设专项行动工作方案〉的通知》要求，省医保局制定医疗保障经办管理服务规范建设专项行动实施方案，细化工作计划，分解工作任务，建立工作台账，组建工作专班，指导全省专项行动。各地结合实际制定实施方案，全面抓好工作落实。

（二）动员部署（6月25日前）

6月下旬，采取视频会议形式，组织召开“全省医疗保障经办管理服务规范建设专项行动动员部署”会议，省医保局设立主会场，县（区）以上医保部门设立分会场，组织业务培训和专项行动工作部署。各地要结合实际，进一步做好再动员再部署，确保活动不走形式。

（三）全面实施（6月25日至11月30日）

1. 做好宣传引导。各级医保部门采取多种形式，以经办机构和两定机构所属人员为重点，通过集中动员与日常宣讲相结合、检查督导与日常工作相结合的方式，深入宣传专项行动的意义、目的和主要内容等，持续营造专项行动的浓厚氛围。

2. 坚持示范引领。在抓好整体推进的基础上，挑选3—5个单位作为经办管理服务规范建设示范单位，采取同步推进、有所侧重、挖掘亮点的方式，做好规范化建设的实践检验、经验总结 and 不断深化。

3. 规范审核结算专项治理。各地对照医疗保障经办机构基金审核结算规范要点清单，逐项开展自查自纠，抓好问题整改，落实内控管理要求。

4. 做好迎检准备。各地围绕2020年1月1日以来的经办运行情况，主要包括异地就医备案及直接结算、门诊慢特病待遇认定、手工报销、与医疗机构费用结算和拨付情况，基金“收支两条线”执行和会计核算情况，对参保人享受医疗保障待遇及定点

医药机构协议履行核查情况等，做好对国家飞检的迎检准备工作。省医保局按照国家飞检的时间节点，制定全省飞行检查方案，并组织一次全省飞检，结合搞好专项行动阶段性检查。各地要常态化抓好本统筹区内的自查自纠，确保国家和省飞检前问题归零。

5. 加强全程督导。各级要采取分片包干、专题调研、个别抽查、专项检查等方式，对专项行动进行常态化督导，及时发现、解决问题，促进工作落地落实。

（四）总结评估（12月31日前）

1. 检查评估。12月份，结合年底全省经办机构考核，省医疗保障服务中心采取交叉评估、第三方评审等方式，对全省医保经办服务规范建设情况和专项行动成效进行检查评估。

2. 征集典型。各地积极挖掘收集经办管理服务和专项行动中发现的典型案例、经验做法等，大力宣传、积极推介，及时报送省医疗保障服务中心。省医疗保障服务中心将在《医保经办信息》设置专刊每月择优刊发，并适时上报国家医保局参加评选。

3. 形成报告。各级全程收集专项行动有关情况和信息，年底前形成专题报告报送省医疗保障服务中心。

六、工作要求

（一）加强组织领导。各级要高度重视，充分认清专项行动的重要意义，要把专项行动作为贯彻落实省委关于“能力作风建设年”活动指示精神的重要抓手，精心组织安排、加强联系指

导，采取有力措施大力提升全省医保经办服务规范建设水平。

（二）建立联动机制。要按照“纵向贯通与横向联通”的工作思路，建立省、市、县三级工作联动机制，加强协调，整体推进专项行动。要摒弃等靠要的错误观念，以群众的办事体验感为主要标准，主动作为，切实提升人民群众满意度。

（三）强化监督考核。各级要根据职能分工和工作计划，认真做好医保经办规范与建设的考核评价工作。省医保部门将不定时对各地进行督查，并将督查情况进行通报。各地要及时建立相应的考核监督机制，强化制度刚性约束，确保专项行动落地落实。

