

宁夏医疗保障信息

2021 年第 11 期（总第 48 期）

宁夏回族自治区医疗保障局办公室

2021 年 6 月 15 日

聚焦“四大提升行动” | 刘秀丽：把更多更好更管用的药品纳入医保范围

“医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排，是国家治理体系的重要内容。下一步，我们要以此次推进会为契机，全面落实以人民为中心的发展思想，以提升全民健康水平为抓手，进一步深化改革、完善制度，切实维护好人民健康福祉。”自治区医疗保障局党组书记、局长刘秀丽说。

刘秀丽表示，自治区医疗保障局要通过集中采购药品、耗材，降低看病就医的费用，通过动态调整医疗服务价格，助推医疗、医保、医药“三医联动”。要把更多更好更管用的药品纳入医保范围，让群众有更多的获得感和幸福感。

同时，通过支付方式的改革，引导患者合理有序就医。在做实“医联体”“医共体”方面，通过医保基金的结余留用，调动广大医务人员的积极性。下一步，还要做好医保的便民服务，推进“互联网+医保”服务，让全区的参保人无卡可以就医购药，并同步推进跨省异地就医即时结算工作。

自治区医保局督导调研全区医疗保障信息化 标准化建设重点工作

为落实医疗保障为民办实事的要求，加快推进全区医疗保障信息化标准化建设工作，完成国家及自治区下达的医保信息业务标准编码贯标和医保电子凭证推广应用工作等目标任务，方便参保群众就医购药结算，近日，自治区医保局会同医保电子凭证合作清算银行成立督导调研组，由党组成员、副局长张斌同志带队先后赴银川、吴忠、石嘴山、中卫和固原市开展督导调研工作。

调研组一行深入五市 12 家定点医疗机构新冠疫苗接种点和 9 家合作清算银行营业网点，察看了利用疫苗接种、群众聚集的契机宣传激活医保电子凭证的工作情况，询问了定点医疗机构医保信息业务编码贯标工作情况，了解了合作清算银行医保电子凭证推广使用的激励措施及激活情况，并叮嘱医保部门和合作清算银行等医保电子凭证推广工作人员要遵守疫情防控要求、做好个人防护。

围绕实地调研情况和发现的问题，调研组召开工作座谈会，在与所在地市医保部门、合作清算银行等共同研究基础上，调研组就进一步推进医保信息化标准化建设工作进行了安排部署。一

是要提高思想认识,各级医保部门要充分认识推进医保信息化标准化工作的重要意义,将之摆上重要议事日程,创新工作方式,加强业务宣传,全力推进医保信息业务标准编码贯标和医保电子凭证推广应用工作,圆满完成国家及自治区下达的目标任务。二是要加强组织领导,各级医保部门要切实牵头负起责来,各合作清算银行等要积极配合支持,共同建立工作专班,形成合力,共同推进工作。三是要抢抓工作机遇,一方面抓住疫苗接种的有利时机,采取一切行之有效的工作措施,组织动员接种群众激活使用医保电子凭证;一方面提前谋划,抓住下半年城乡居民医保参保缴费的有利时机,进一步动员群众激活使用医保电子凭证,同时拓宽工作领域,组织力量深入高校、企业、乡镇村和城市社区等人员密集场所,宣传推广使用医保电子凭证。四是要开展指导培训,自治区业务编码指导团队将进一步加大对各地的培训指导力度,各地也要建立完善当地业务编码指导团队,组织对进展缓慢的两定医药机构进行一对一培训,尽快完成全区医保业务编码贯标任务的收尾工作,确保顺利通过国家局医保业务信息编码贯标验收。

自治区医疗保障局召开全区医疗保障基金 监管信用体系建设启动会

为充分总结石嘴山市医保基金监管信用体系建设国家试点工作经验成果,在全区范围内全面启动医保基金监管信用体系建设。2021年6月1日,自治区医保局联合石嘴山市人民政府在石嘴山市召开全区医疗保障基金监管信用体系建设启动会。国家

医保局基金监管司、医保基金信用体系专家指导组有关领导出席，石嘴山市人民政府分管负责同志，自治区、石嘴山市有关单位负责同志、各市、县（区）医保局分管负责同志及部分定点医药机构负责人、代表参加。

启动会上，自治区医疗保障局副局长李长存同志强调，全区各级医保部门要提高站位，深刻认识医保基金监管信用体系建设的重要意义，充分学习借鉴石嘴山市的试点经验，以地级市为单位全方位开启基金监管信用体系建设，树立“大监管”理念；要加强部门间的联动配合，完善信用监管机制，打破部门监管条块分割的壁垒和束缚，打出部门联合信用监管的“组合拳”；要实现事前风险识别、事中风险控制、事后风险监管，最终实现全流程风险监管格局，全面提升医保治理能力，不断提高参保群众的获得感、幸福感、安全感。

两年多来，全区医保系统采取部门联动、专项治理、智能监控、社会宣传、媒体曝光等一系列强有力措施，形成前所未有的医保基金严管态势并取得了显著成效。为推动基金监管工作进一步提质增效，我区从医疗保障基础工程入手，坚持以石嘴山市国家医保基金信用体系建设试点为契机，将石嘴山市经验加以提炼总结，全面向全区推行。

石嘴山市自2019年6月开始，积极探索创新医保信用监管的新思路、新途径和新方法，经过近2年的努力实践，逐步形成了一整套制度体系、一整套评价指标体系和一个闭环式的信用评价管理平台，以四项有力举措不断提升试点工作质量和成效。一是注重顶层设计，确保医保信用体系有规可依。以“横向到边、

纵向到底”的实施路径，加强顶层设计。制定了石嘴山市医疗保障信用管理暂行办法，建立了定点医药机构信用等级管理制度、医保医师药师诚信积分管理制度、医保信用体系“失信黑名单”制度和医保领域信用公开承诺制度等四项制度，全方位构建了医保基金信用体系的“四梁八柱”。覆盖定点医疗机构、定点零售药店、药品耗材经营流通企业、参保单位和医保参保人员、定点医药机构医保药师等信用主体，充分发挥信用对监管主体行为的约束作用。二是强化系统建设，确保医保信用运行更加智能。开展大数据分析、数据服务等诚信医疗大数据建设，开发医保行为轨迹分析系统、医保数据分析系统。健全定点医药机构、医师、药师和参保人员的各类信用记录，建立医保行政部门主导、第三方参与、行业组织协调、社会监督的医保信用评价方式。目前已与全市 157 家定点医疗机构 1312 名医（药）师签订了《信用承诺书》。三是合理指标设定，确保医保信用运行量化科学规范。以大数据为支撑，根据国家局制定的指标维度、种类、评分规则，结合本地实际及工作侧重，设计定点医疗机构 6 大类 54 项指标（其中线上运行 26 项指标）、定点零售药店 5 大类 27 项指标（其中线下运行 26 项指标）体系，全面聚焦监管，将信用监管内容量化，真实反映定点医药机构基金使用情况，保证操作便捷、客观公正。四是注重结果应用，建立联合奖惩。对医保持守信主体在总额控制指标、基金拨付、医保年度考核等给予倾斜，减少日常监管频次；对失信机构在医保基金支付方面采取惩罚性措施，减少总额控制指标、加大日常检查、专项检查力度和强度等。定点医疗机构信用情况与级别评定、评选争优、工资总额核定等相挂

钩；定点零售药店信用情况与表彰、日常监管频次挂钩；医保从业人员信用情况与服务资质、职称评审、岗位聘用、先进评比等相挂钩。目前，石嘴山市医保监管信用评价系统已上线运行，对 88 家定点医疗机构进行了信用评价，确定医疗机构 AAA 级 74 家，AA 级 14 家，零售药店 AAA 级 264 家，AA 级 2 家。

为加强医保基金综合监管、创新监管方式，切实维护医保基金安全，自治区医保局于 3 月份印发了《关于做好全区医保基金监管信用体系建设有关工作的通知》，明确了 2021 年自治区将以国家基金监管信用评价指标指引为基础，以石嘴山市医保基金监管信用体系建设国家试点为导向，全区各地级市持续推进医保基金监管信用体系建设。强调以“管理制度体系、评价体系、评价管理信息平台”建设为核心，推进建设信用管理制度、定点医药机构信用等级管理制度、医保医师药师诚信积分管理制度、失信联合惩戒对象名单制度、公开承诺制度等五项制度为支撑，构建评价指标体系、评价模型、结果应用等操作方法，搭建结构化信用档案、信息归集、分析监管三项系统模块，共同着力推进“诚信医保”建设。同时，规定了全区全方位推进六个阶段的实施步骤和时间节点，制定了“施工图”，落实了工作责任，确保全区在统一的制度体系框架下，全面开启我区医疗保障基金信用监管新格局，着力构建基金监管长效机制。

自治区医保局召开全区医疗保障系统法治政府建设 专题培训班

为深入贯彻落实习近平法治思想和中央全面依法治国工作

会议精神，进一步增强法治本领，深化法治政府建设，按照自治区医疗保障局年度培训计划安排，6月3日-4日全区医疗保障系统法治政府建设专题培训班在宁夏财政干部教育培训基地进行。

开班仪式上，区局办公室负责人受局领导委托做了开班讲话，围绕“开启法治医保建设新格局、突出法治医保实践、谋划法治医保建设新篇章”三个方面进行动员，并明确了举办本次培训班的意义、目的及培训内容，要求全体学员要端正态度、学思结合、学以致用、真正做到学有所获。全区各市县（区）医疗保障系统相关人员参加此次培训。

此次培训共邀请区内4位法律专家，围绕医疗保障系统“法治政府建设”进行辅导讲座，旨在积极适应新时代新形势对医保法制建设要求，进一步开阔视野，增长知识，提升运用法治思维和法治方式的能力，加强全区医疗保障系统法治政府队伍建设，提升法治政府建设工作人员能力，推动医疗保障系统法治建设的全面发展，为推动法治医保建设奠定坚实基础。

培训期间，自治区司法厅法治调研与督查局刘佳局长、执法协调监督局王宏局长、兴业律师事务所主任柳向阳、资深律师任海权4位专家给培训班作法治政府建设专题辅导，辅导运用深厚的法学理论知识，分别从“法治政府建设、行政执法‘三项制度’、行政处罚法及医保机构行政诉讼案件”作了深入浅出的分析和具体详尽的解读。

为期2天的培训结束后，学员们纷纷表示4位专家的授课内容丰富、深入浅出，针对性和实用性都很强。在今后的工作中将以此次培训为契机，坚持理论联系实际，认真学习思考，增强做

好医疗保障系统法治政府建设工作的责任感和使命感，为全区医保系统法治医保建设添砖加瓦。

工作动态

聚焦规范统一 体现便民高效

2021年5月25日，自治区医疗保障局印发了《宁夏回族自治区城乡居民基本医疗保险经办规程（试行）》，试行办法自2021年7月1日起施行。

2019年，自治区人民政府出台了《自治区人民政府关于进一步完善城乡居民基本医疗保险自治区级统筹制度的意见》（宁政规发〔2019〕4号），从2020年开始，将之前的“一制三档”缴费模式改革为“一制一档”，进一步完善全区城乡居民基本医疗保险自治区级统筹制度。为适应新的政策要求，进一步规范全区城乡居民基本医疗保险业务经办流程，结合我区实际，在经过前期调研的基础上，自治区医疗保障局于2020年11月组织起草了《规程》（征求意见稿），通过多种方式共征集修改意见61条，经过6个月的修改完善和规范性文件审核流程，制定了《宁夏回族自治区城乡居民基本医疗保险经办规程（试行）》。

重点体现规范统一。《规程》对自治区城镇居民基本医疗保险经办管理服务相关工作相关参保登记、资金筹集、就医管理、费用结算与审核、定点医疗机构管理、基金管理与会议核算、稽核与督查、统计分析和档案管理等内容逐项制定具体操作规范，通过制度建设的精细化管理，统一、规范、优化全区医疗保障经办管

理和服务体系。实现了医疗保障经办政务服务事项“六统一”（统一事项名称、统一事项编码、统一办理材料、统一办理时限、统一办理环节、统一服务标准）和“四最”（服务质量最优、所需材料最少、办理时限最短、办事流程最简）要求，从源头上解决群众办事过程中遇到的“堵点”“难点”“痛点”问题。

重点体现便民高效。对业务流程全面梳理优化，取消不必要的签字、盖章、审核、备案、确认等繁琐环节和手续，进一步明确了城乡居民参保、关系转移等业务办理所需材料，对已实现自治区级信息共享和特殊困难人员，不再提供相关材料进行资格确认，压缩办理时限；规范普通门诊统筹、门诊大病认定等就医管理，明确参保人员持《门诊大病处方本》可在自治区内自主选择3家定点医疗机构（含互联网医院）签约就医，每年2、4季度可重新选择定点医疗机构并签约；参保人员在自治区内各定点医疗机构住院就医，享受同城化结算待遇，不需办理基本医疗保险转诊转院手续。

重点体现管理监督。明确经办机构对定点医疗机构实施协议管理，加强和规范医疗机构医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率；明确全区居民医保基金实行统一筹集、使用和管理，全区为一个统筹地区，各地级市为分统筹地区，分统筹地区基金管理实行统收统支，自治区级执行统筹调剂金制度；加强稽核监督，依法对居民医保参保人员享受待遇情况和居民医保定点医疗机构履行协议情况进行稽核检查，更好地保障广大参保人员权益。

石嘴山市医保基金监管信用体系建设 试点工作经验向全区推广

6月1日，全区医疗保障基金监管信用体系建设启动会在我市召开。国家医保局基金监管司，自治区医保局领导和市政府副市长武裕国以及自治区发改委、公安厅、卫健委、审计厅、市场监管厅等相关负责人出席启动会议。标志着我市基金监管信用体系国家试点工作经过两年实践，取得阶段性成效，形成了“可借鉴可推广经验”，在全区启动推广应用。宁夏也成为全国首家以省级为单位全面启动医保基金监管信用体系建设的省区。

石嘴山市自2019年6月接受国家安排的试点工作任务以来，积极探索创新医保信用监管的新思路、新途径和新方法，经过近2年的不懈努力，创造性地把信用管理融入到医保监管工作，逐步形成了一整套信用监管制度体系、一整套信用量化评价指标体系和一个闭环式的信用评价管理平台，成功打造了体系完善、指标合理、信用可查、广泛接受、可借鉴、可复制、可推广的全流程、全方位的医保基金监管新模式。

为加强医保基金综合监管、创新监管方式，切实维护医保基金安全，自治区医保局于3月份印发了《关于做好全区医保基金监管信用体系建设有关工作的通知》，明确了2021年自治区将以国家基金监管信用评价指标指引为基础，以石嘴山市医保基金监管信用体系建设国家试点为导向，全区各地级市持续推进医保基金监管信用体系建设。强调以“管理制度体系、评价体系、评价管理信息平台”建设为核心，推进建设信用管理制度、定点医药机构信用等级管理制度、医保医师药师诚信积分管理制度、失信

联合惩戒对象名单制度、公开承诺制度等五项制度为支撑，构建评价指标体系、评价模型、结果应用等操作方法，搭建结构化信用档案、信息归集、分析监管三项系统模块，共同着力推进“诚信医保”建设。同时，规定了全区全方位推进六个阶段的实施步骤和时间节点，制定了“施工图”，落实了工作责任，确保全区在统一的制度体系框架下，全面开启我区医疗保障基金信用监管新格局，着力构建基金监管长效机制。

会议要求全区各级医保部门要提高站位，深刻认识医保基金监管信用体系建设的重要意义，充分学习借鉴石嘴山市的试点经验，以地级市为单位全方位开启基金监管信用体系建设，树立“大监管”理念；要加强部门间的联动配合，完善信用监管机制，打破部门监管条块分割的壁垒和束缚，打出部门联合信用监管的“组合拳”；要努力实现事前风险识别、事中风险控制、事后风险监管，最终实现全流程风险监管格局，全面提升医保治理能力，不断提高参保群众的获得感、幸福感、安全感。

隆德县医保局“四个度” 做好为民办实事

隆德县医保局自觉践行为民办实事承诺，坚持问题导向，立足群众需求，做好“四个度”为群众办好事、办实事、解难题，不断增强人民群众获得感、幸福感。

保持思想高度。群众利益无小事，每一件事都关乎民心向背。作为民生部门，我局始终把“我为群众办实事”实践活动作为践行对党忠诚和为民初心的重中之重、增进党和人民鱼水深情的重中之重、搞好政府工作的重中之重。坚持统筹谋划，强化责任落

实，从思想高度上、组织实施上保证活动扎实开展、落实落地。

强化工作力度。要求全局党员干部在为人民服务的道路上一个都不能少，在“我为群众办实事”实践活动也要一个都不能少，自上而下、全员参与。将党史学习教育与医疗保障业务工作相结合，与和锦屏村党支部开展“支部手拉手、党员心连心”共建活动相结合，形成了领导带头、干部参与、党员积极行动的良好局面。

增强政策知晓度。为进一步提高老百姓对《医保基金使用监督管理条例》和医保政策的知晓率，结合基金监管集中宣传月活动，通过主流媒体、自媒体、网络媒体等大力宣传，并走进机关、企业、村组、农户家中，发放宣传资料，与群众面对面沟通交流，以多种方式为群众送关怀、送服务、送温暖，确保参保群众、医药机构的政策知晓度。

提高服务满意度。为进一步提升医疗保障公共服务，我局切实把加强行风建设摆在更加突出的位置，进一步深化“放管服”改革，认真开展“减证便民”工作，积极推进“互联网+医保”，开展一张笑脸，一声问候，一杯热茶，一片诚心活动，全力打造优质服务窗口，彻底打通医疗保障为民服务的“最后一公里”，打造更加优质、便捷、高效的医保服务，不断增强人民群众的获得感、幸福感、安全感。

学史力行 抓实监管

青铜峡市医保局始终坚持打击欺诈骗保工作全覆盖、常态化，持续捍卫医保基金安全，通过七项措施强化医疗保障基金监

管工作。

一是加强组织领导，建立基金监管队伍。将维护基金安全作为首要任务，提高政治站位，加强组织领导，落实基金监管主体责任。严格落实行政执法责任制，从制度上将各项执法的职责和任务进行分解，理清行政监管和经办管理的职责定位和内在联系，形成了各司其职、各尽其责、互补互助的监管体系。建立了医疗保险基金管理委员会，设立了医保基金监管的专职科室，筛选建立专家库，为控费及查处医疗保险领域违法违规行为提供专业技术保障。

二是建立日常稽核机制。在日常中采取定期或者突击检查的方式对医保病人在院管理、人员身份核定、以及是否存在挂床住院、冒名住院等情况进行日常稽核；对协议零售药店的处方药品销售、规范经营、人员资质以及药品价格等开展现场检查。

三是通过智能监控建立季度评审制度。每季度依据医保智能监控系统筛查发现的疑似违规数据，结合实际就诊人数对定点医疗机构住院病历及门诊处方进行抽取，通过医保专家的初审及复审核实违规问题。

四是严格执行医保医师诚信管理制度。根据《自治区医保医师诚信管理办法》，与全市所有符合条件的医师签订了《医保服务医师协议》，协议签定率达到 100%，将医保服务医师行为与日常医保监管进行挂钩。

五是建立民营医疗机构费用确认及回访制度。为了防范“三假”问题发生，要求辖区内的民营医疗机构在为参保病人提供的医疗服务过程中，发生的各类检查化验、用药、治疗等所有项目

必须由患者或其家属亲自签字确认；并且通过每月回访就诊人员的方式确保就医费用的真实性。

六是积极开展各类专项检查工作。通过开展医药机构自查自纠、全覆盖检查、接受大市级互查、自治区抽查复查、专项治理“回头看”、专项审计及“双随机 一公开”执法检查等相关专项检查做好打击欺诈骗保工作。

七是建立社会监督机制。通过开展宣传月活动、聘请社会监督员、公布《投诉举报奖励办法》及畅通投诉电话等方式构建全民参与医疗保障基金监管的机制，确保基金安全有效运行。

沙坡头区医疗保障局办实事解民忧暖民心

沙坡头区医疗保障局以党史学习教育为抓手，广泛开展“我为群众办实事”实践活动。

一、推广医保电子凭证，让“小平台”承载“大服务”。

“购药不带卡，只需医保码”。今年，沙坡头区医保局结合“我为群众办实事”活动，在全沙坡头区范围内大力推广医保电子凭证。参保人员通过绑定激活医保电子凭证，出门只需一部手机，就可以在定点药店扫码购药，真正实现“码”上看病、“码”上拿药。截至6月初，全区医保电子凭证激活率达33.08%。

二、医保经办服务再升级实现便民利民“零距离”。

为打造更加优质高效服务，沙坡头区医保局推行“互联网+医保”经办服务，优化办事流程，致力于为群众提供“一站式接待、一条龙服务、一揽子解决”的一流服务，赢得了参保群众的好评，有效实现服务群众“零距离”。据了解，截至目前，沙坡

头区医疗保障局城乡居民基本医疗保险自治区内住院就医直接结 12161 人次，总费用 9369.51 万元，基本统筹支付 4926.81 万元；门诊大病结算 58385 人次，总费用 2046.57 万元、基本统筹支付 882.03 万元。同时，提供电话医保政策咨询服务 300 余人次，有效实现服务群众“零距离”。

按下医保电子凭证激活“加速键”

——平罗县医保局积极推广医保电子凭证

平罗县医疗保障局把党史学习教育同医保电子凭证推广工作相结合，开展“我为群众办实事”活动，在全县范围内大力推广医保电子凭证。

充分利用新冠疫苗接种契机，组织干部职工到各医院、社区、乡镇疫苗接种点积极推广。

“这边排队人员请扫码激活医保电子凭证”，医保局干部职工现场指导群众使用微信开通激活医保电子凭证以及如何在医药机构使用。同时对各点医护人员进行电子医保凭证激活业务培训，方便就医群众关注了解和申领。

“哎呀，现在购药、看病，只要带上手机就可以了，实在是太方便了，谢谢了姑娘。现在是政策也好，你们的服务也好。”一位阿姨高兴地说道。

医保电子凭证不依托实体卡，广泛应用于医保查询、参保登记、报销支付等医保各业务场景，防止实体卡丢失、消磁等。参保人可以凭证在全国办理医保有关业务，可以说“一码在手，医保无忧”。目前，我县所有定点零售药店和定点医疗机构均已开

通医保电子凭证使用业务，以后老百姓买药就医将更加方便快捷。

下一步，平罗县医保局将继续把党史学习教育成果转化为做好医保服务的动力，以国家医保电子凭证为抓手，利用信息化手段不断提升医保服务水平，落实落好这项惠民便民工作，进一步提高和优化参保人就医购药的满意度和便捷度。

中卫市市医保局全面提高异地就医经办 服务水平和就医结算效率

中卫市医疗保障局采取简化跨省异地备案手续、拓宽备案渠道、启动职工普通门诊、扩大跨省定点医院覆盖等措施，全面提高异地就医经办服务水平和就医结算效率。

一是进一步简化异地就医备案手续。取消市外区内异地就医办理转诊转院备案、定点医疗机构限制备案手续，参保人员办理跨省异地就医备案手续，只需填报《宁夏回族自治区基本医疗保险异地备案表》，可直接备案到就医地的就医，无需提供其他证明材料。

二是切实提高异地就医服务效率与服务水平。参保人可通过电话、传真、邮箱、微信公众号、我的宁夏 APP 等多种途径进行跨省异地就医备案，实现了办理备案手续“不见面、零跑腿”，切实提高异地就医服务效率与服务水平。

三是逐步扩大跨省定点医院覆盖范围。将全市二级以上及民营医保定点医疗机构全部纳入国家跨省异地就医结算平台，达到了国家要求的覆盖标准。

四是启动职工普通门诊跨省直接结算。为切实解决参保职工跨省异地门诊就医报销难的问题，我市按照《门诊费用跨省直接结算经办规程》（试行）规定，启动了职工普通门诊（个人账户）跨省直接结算，城镇职工参保人员使用个人账户跨省就医购药无需备案。

截至目前，全市异地就医直接刷卡结算 4201 人次，总费用 12207.36 万元，统筹基金支付 7673.96 万元，其中 2021 年 1-4 月份跨省异地就医结算费用 1381.33 万元。城镇职工普通门诊（个人账户）跨省直接结算 124 人次，总费用 2.89 万元，其中统筹基金支付 2.24 万元

兴庆区医疗保障局办实事解民忧暖民心

兴庆区医疗保障局以深学促实干，广泛开展“我为群众办实事”实践活动。

推广医保电子凭证，让“小平台”承载“大服务”。为了确保千家万户及时享受“码时代”带来的便捷高效，兴庆区医疗保障局多措并举全面促进医保电子凭证激活申领应用工作。围绕医保电子凭证申领、激活使用等内容，通过电视台、广播、报刊、短信、“兴庆医保”公众号等各类媒体进行全覆盖宣传，在政务服务大厅、定点医药机构、各村（社区）醒目位置张贴操作指南海报 5000 余份。同时把疫情防控和医保电子凭证的推广激活结合起来，利用接种疫苗后需要留观 30 分钟的节点，联合农业银行等第三方机构在疫苗接种点发放宣传单页、手册等宣传品 1 万余份，面对面、点到点动员群众激活医保电子凭证。

精准帮扶大病困难群众，“沉下去”让民心“暖起来”。以全面理顺权责清单为抓手，充分发挥基本医保、大病保险、医疗救助的制度作用，持续做好重点救助对象和低收入人口的医疗救助待遇保障工作。精准落实贫困人口保障政策，建立医保扶贫台账，积极与扶贫、民政部门对接，实行贫困人口动态管理，及时更新参保数据，做好贫困人口的应保尽保工作。截止目前，兴庆区医疗救助共计 108 人次，其中低保户 53 人次、特困供养人员 17 人次、建档立卡户 6 人次、低收入家庭救助对象 7 人次、因病致贫救助对象 24 人次、重点优抚对象 1 人次，累计拨付救助金 1085553.84 元，有效发挥了医疗救助的兜底保障作用。

医保经办服务再升级，实现便民利民“零距离”。认真落实自治区医保基金市地级统收统支和银川市优化医保支付方式改革等政策，优化窗口服务经办结算流程，提高经办服务质量，实现了各类业务办理不换窗口，咨询、受理一次完成，确保各项支付按政策规定执行到位，真正实现“一站式结算”。进一步推进异地就医直接结算制度改革，通过电话、网络方式逐渐实现备案服务不见面、零跑腿，积极破解群众异地就医回参保地报销后“垫资”难题，截止目前，共支付各项医疗保险基金 5571837.76 元，区外异地报销 243 人次。

从严监管基金，守护群众医保“钱袋子”。始终将打击欺诈骗保、维护基金安全作为医保监管工作的重中之重，建立协查机制，对 4 个乡镇卫生院、200 余家协议零售药店进行了全覆盖无死角摸排检查。深入开展基金监管集中宣传月，联合融媒体中心制作医保基金监管条例推广短剧视频，利用辖区公共场所电子屏

和 650 辆出租车电子屏滚动播放宣传标语及政策，公布举报投诉电话和举报奖励办法，促进了定点医药机构的服务行为自律，提升了参保群众的辨别能力和守法意识，共同营造维护医保基金安全的良好社会氛围。

打造便捷医保，解决群众异地就医“难事”

金凤区医保局不断提高工作能力、提升服务意识、优化工作方法，为增强辖区内参保居民跨省异地就医满意度不断努力。

一是开展政策培训，提高经办工作能力。为切实增强经办人员和社区医保专干办事效率，提高服务质量，金凤区医保局借助党史学校教育开展多层次多形式的政策培训活动。截止目前，共计开展各类型培训指导活动 4 次，有效保障医保工作人员熟知跨省异地就医结算备案、报销待遇等政策。

二是加强宣传指导，确保政策落地实施。跨省异地就医备案可帮助患者在就医地进行实时结算，减少了来回跑路的时间。为保证辖区内符合备案条件的参保群众做好相关手续，金凤区医保局采取多种形式宣传异地备案政策和流程，截止目前，共开展线下宣传 5 次；线上通过微信公众号发布政策文章、操作流程图 10 余篇，转发阅读 3000 余次。

三是优化工作方法，提升医保智能化水平。金凤区医保局倡导群众采取“网上办”途径办理医保业务，并通过“金凤医保”微信公众号，连接“国家异地备案”小程序，方便群众随时申请网上备案、查询异地联网医药机构，不断提升医保服务智能化、信息化水平。2021 年度共计审批网上异地本案 304 人次，对上

传证件不齐全、不符合要求的备案人员均通过电话访问了解具体情况，解决实际问题，成功实现网上备案。

为解决好群众异地就医“难事”，金凤区医保局将持续聚焦相关事宜，做好政策宣传、备案审批、手工结算等工作，同时加强异地就医基金支付监管力度，不断提升参保群众医保获得感。

推动经办业务下沉 让群众办事更便捷

银川市医保局聚焦群众期盼，着眼于破解群众在医保报销、参保登记、转移接续中的“急难愁盼”问题，深入西夏区三级政务服务中心，收集问题6条，同时，对该区开展的“跑长制”、代办制等一些医保经办服务做法给予了充分肯定。

一是加强基层便民平台建设。西夏区按照“十个一”建设标准建设完善9个镇街便民服务中心，建成立80个村（社区）为民办事代办点，整合便民服务资源，将简单易办事项下沉到村（社区）代办。

二是认真梳理各镇街政务服务事项。积极梳理镇街政务服务事项，将“社会保险登记、申报核定（仅指医疗保险、生育保险）的城乡居民医疗保险参保信息变更和城乡居民医疗保险参保登记”纳入镇（街）政务服务事项清单。

三是积极推进“一个入口一窗受理一网通办”。全面推行“一门、一网、一次”工作，将医疗保障公共服务事项全部进驻政务大厅窗口集中办理，实现医保业务“一窗”受理。2021年上半年共办理业务893件。目前，医保窗口服务未发生办事群众的有效投诉。同时，优化办理流程，业务人员严格按照办理流程

和时限审批办结,由窗口统一出件,真正实现了“窗口综合受理、后台分类审批、统一窗口出件”的运行机制的“一窗”综合受理模式,实现了最多跑一次。

四是积极推进“马上办网上办就近办一次办”。积极引导群众利用黄河手机银行或“我的宁夏”APP等途径参保缴费;在街道及村(社区)代办点安装了8个自助终端缴费一体机和25个移动缴费POS机;宣传推广“国家异地就医备案”微信小程序,方便参保居民在线上进行异地就医备案,窗口工作人员及时审核备案信息,确保居民医保待遇的享受,减少了居民来回跑路时间和手工报销误差,减轻了群众就医报销的经济成本和时间成本。

五是创新服务方式着力提升基层服务供给效率。西夏区创新开展了“跑长制”政务服务改革。调研组了解到,镇北堡镇深化了“最多跑一次”改革,建立了“跑长制”政务服务模式,聚焦医疗保障、医疗救助等群众关心的重点事项,全面落实受理代办事项,提供上门、代办等服务,以“跑长”负责跑路,群众享受便利为目标,解决群众办事难题,着力于打通服务群众“最后一公里”,力争实现办事“小事不出村、大事不出镇”改革目标。

简讯

1. 中宁县医保局紧扣中心工作,全面做好医保参保缴费,通过电视台、广播、微电影、公众号等宣传医保缴费政策400余场次,开展集中宣传4批次,发放宣传单80000余份,开展专题培训2场次,积极深入各乡镇指导缴费工作3次,结合扶贫帮扶,组织村组干部、帮扶干部及局干部职工入户宣传医保政策等有力

举措，有力推动了医保参保扩面任务完成。

2. 为加快推进我县医保电子凭证实施、推广和应用服务，西吉县医保局深入辖区 19 个乡镇卫生院，并对业务经办人员进行专题培训，发挥基层优势，广泛开展宣传。各协议定点医药机构充分利用电子显示屏、宣传橱窗或公共区域等，播放宣传标语、张贴宣传海报、摆放宣传资料；工作人员对来访群众做好咨询答疑、现场指导、协助参保人员快速激活领取医保电子凭证，扩大医保电子凭证影响力。

3. 灵武市医保局结合打击欺诈骗保工作，重点通过查看病历、回访病人等方式对定点医疗机构 2020 年至 2021 年 3 月份期间医保服务情况、药品及耗材进销存、财务会计资料等进行了全面检查，并对违规行为按相关规定予以处理。

4. 银川市医保局围绕“八个一”宣传计划，采取多种宣传形式，制作宣传音视频 8 部、累计播放音视频 18 万次、发放宣传资料 48 万多份、开设宣传栏 300 多个、悬挂条幅 800 多条、组织有奖知识竞答 1 次、组织培训 32 场次，有效地营造了“人人关心医保、人人支持医保、人人自觉抵制欺诈骗保”的良好舆论氛围。截至 5 月底，全市检查定点医药机构 1000 多家，处理违规医药机构 148 家，追回违规资金 500 多万元，行政罚款 200 多万元。

5. 吴忠市利通区医保局在确保医疗安全，提高服务质量，规范诊疗秩序的情况下，为了方便群众就医，保障肾透析患者规范有序签约诊疗，落实肾透析患者门诊就医待遇，将吴忠新区医院纳入利通区籍肾透析患者门诊医疗临时救助定点医院，减少群

众跑腿，方便患者就近就医就诊。

6. 为进一步强化对职工生育保险待遇“一站式”支付新模式的运行跟踪，全面推动“两项保险”合并实施，吴忠市医保中心对市区7家涉及开展“一站式服务”的定点医疗机构进行实地检查。自2020年5月至今，市区通过职工生育“一站式服务”系统审核生育医疗待遇1757人，合计支付1790.81万元。通过此次专项检查，进一步规范了定点医疗机构医疗服务行为，对规范生育保险档案管理、保障信息精准录入及申报资料真实完整夯实了基础，切实保障了基金安全运行。

送：局领导，机关各处室、中心。

发：各市、县（区）医疗保障局、宁东管委会社会事务局。

签发：张 斌 审核：刘轶文 编辑：刘 伟

电子邮箱：nybbgsxxfg@163.com 联系电话：0951-5166012

宁夏回族自治区医疗保障局办公室 2021年6月16日印发