

常州市医疗保障局文件

常医保服务〔2020〕12号

常州市医疗保障局关于优化医疗保障经办服务 推动新型冠状病毒感染的肺炎疫情 防控工作的通知

各辖市（区）医疗保障局（分局）、市社保中心、各有关单位：

根据市疫情防控工作指挥部统一部署，为全力维护好人民群众的健康安全，防止疫情传播扩散，结合《江苏省医疗保障局转发国家医疗保障局办公室关于优化医疗保障经办服务推动新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控工作的通知》（苏医保发〔2020〕3号）精神，现就强化落实疫情防控期间医保经办相关工作举措明确如下，请予贯彻执行。

一、切实落实疫情防控工作部署

市社保中心、各辖市区医保行政部门和经办机构要切实把握思想和行动统一到党中央、国务院、省委、省政府和市委、市政府的决策部署及工作要求上来，进一步提高政治站位，把疫情防控作为当前重中之重，做到全面动员、精心部署、科学保障。要始终站在群众角度，坚持问题导向，转变工作思路，细化工作举措，创新工作方式，将各项工作任务落实落细，确保医保经办服务不间断、业务受理不停顿、工作效率不降低。

二、落实医保公共服务便利措施

（一）“不见面”办理公共服务事项

1. 要以“不见面”为原则，加快推动医保公共服务线上办，逐步减少窗口办理事项。完善政府门户网站、微信公众号、手机APP等载体功能，依托网上办事大厅提升线上服务水平。协同人社信息保障部门共同加强医保信息系统运维工作，全力保障各项网上业务安全、稳定、高效。

2. 市社保中心、各辖市区医保经办机构应根据实际情况，公布“不见面”服务事项清单及操作指引，明确医保参保登记、信息变更、查询，缴费基数申报，关系转移接续，申报定点协议管理，门特门慢认定、待遇核准支付等相关业务“不见面”办理流程及所需材料等。设立对外服务专线电话，安排专人专岗值班，及时宣传告知网上业务办理流程。

3. 对暂时无法实现网上办理的相关服务事项，应根据业务

需求和类别，公布具体承办部门（窗口）电话，做好相关解释工作，引导通过其他不见面方式或延时办理方式，减少疫情期间窗口办理数量。

（二）“不见面”办理异地就医

1. 开通新型冠状病毒感染的肺炎确诊和疑似患者“零材料”异地就医备案快捷通道。

（1）本市参保人员在异地救治的，“零材料”不见面办理异地就医备案，备案时间和期限根据病情确定。其中省内异地就医的，由就医地经办机构通过电话、QQ、微信等“不见面”方式联系参保地经办机构办理；在外省（市、区）异地就医的，根据信息获取情况，原则上由参保地经办机构通过省医保中心联系就医地经办机构办理。

（2）在本市救治的外省（市、区）参保人员，由就医地经办机构通过省医保中心联系参保地经办机构，协助参保地办理异地就医备案手续。

（3）因故无法完成备案手续的，就医地应做好异地患者的信息记录与医疗费用记帐工作，不因备案问题影响疫情治疗和费用结算。

2. 异地就医的新型冠状病毒感染的肺炎患者执行“先救治，后结算”政策，无论是否备案，报销均不执行转外就医支付比例调减规定。

3. 参保人员办理常规异地就医备案，原则上不进行窗口办理。市社保中心、各辖市区医保经办机构应开通多渠道线上备案方式并向社会公布，通过政府门户网站、微信公众号、手机 APP、医疗机构转诊备案交互平台等线上备案渠道，办理异地就医备案、取消、更改、查询，经办机构须在一个工作日内完成相关手续。对春节假期后复工的农民工，可由参保单位集中线上办理备案或承诺制备案。

（三）“不见面”办理医保零星报销

创新多渠道办理医保零星报销业务方式，确保群众办理零星报销不受限。

1. 畅通邮寄报销渠道。将零星报销所需的材料清单、寄送地址及联系方式等内容及时向社会公布，方便参保群众办理邮寄报销。

2. 提供预约报销服务。对不能“邮寄报销”的，开通零星报销办理预约通道，根据实际需要加强工作调度，实现错时错峰服务。

3. 延长零星报销期限。对参保人员 2019 年度内发生的未完成报销的医药费用零星报销，报销时限可延长至 2020 年 12 月底，相关待遇不受影响。

4. 优化现场报销方式。如遇特殊、紧急情况，确需现场报销的，应采取“先受理、后报销”方式，即前台收件、后台处理，

处理结果以短信形式告知参保人员，积极探索试行容缺受理和事后补充材料等方式，减少窗口滞留等候时间。

（四）“少见面”服务门慢患者供药

支持定点医疗机构在疫情期间根据患者实际情况，合理增加单次处方用药量，减少病人到医疗机构就诊配药次数。放宽慢性病门诊取药量，对患有高血压、糖尿病等病情稳定的慢性病且按照临床规范需要长期服用固定药物的患者，经诊治医院医生评估后，可将一次取药量放宽至3个月，并暂停执行常人社发〔2014〕91号文件中将门诊慢性病药费补助年度最高限额实行按月使用的规定。同时，将参保人员未及时办理转诊手续至本地二级以上定点医疗机构就诊发生的符合规定的费用，纳入医保基金支付范围。

三、医保资金实行“先预付、后结算”

对集中收治新型冠状病毒感染肺炎患者的医疗机构和开设发热门诊科室的定点医疗机构的协议管理、定点确立、资金拨付和结算等开辟“绿色通道”。各地可视实际情况延长定点医药机构每月医疗费用结算单报送时限，医保经办机构可根据系统数据先行结算拨付，后期统一对账清算，减轻医药机构资金垫付和工作人员跑腿压力。

（一）提前预付医保资金。市社保中心、各辖市区医保行政部门和经办机构要及时掌握新型冠状病毒感染的肺炎确诊和疑

似患者的人数及医疗费用明细情况，建立基础台账，实施动态管理。由医疗机构所属地医保经办机构，对定点救治新型冠状病毒感染的肺炎医疗机构，提前拨付 2 个月医保资金；对开设发热门诊科室的定点医疗机构拨付 1 个月医保资金。根据疫情发展情况，与卫生健康等部门沟通，按照特事特办、急事急办的原则优先处理，简化资金拨付手续，及时测算并追加资金额度。

（二）单列结算医保费用。对新型冠状病毒感染的肺炎确诊和疑似的参保人员医疗费用不纳入医院总额预算控制指标，费用单列结算。结算时，应根据定点收治医疗机构实际发生的医疗费用明细情况，将卫生健康部门诊疗方案中的药品、诊疗服务项目等，参照甲类目录全部临时性纳入医保基金支付范围。

四、实行“一体化保障、一站式结报”待遇落实政策

（一）落实“一站式”保障待遇。已参加基本医疗保险的新型冠状病毒感染的肺炎确诊和疑似参保患者的医疗费用，由基本医保、大病保险、医疗救助按有关规定及时支付，个人负担部分由财政补助，市社保中心及各辖市区医保经办机构对参保患者要落实“一体化”保障待遇和“一站式”结算。

医保经办机构进一步完善异地就医参保患者在省内及长三角地区发生的门诊医疗费用“一站式”结算工作。

（二）放宽参保享受待遇规定。尚未参加基本医疗保险的确诊和疑似患者，有用人单位的，由用人单位所在地医保经办机构

督促办理职工参保；没有用人单位且为本地户籍的，由医保经办机构协同户籍所在地街道（镇）人社所落实城乡居民医疗保险参保。参保后，报销医疗费用不受待遇等待期政策影响。

对疫情期间确因疫情影响无法按时参保并缴纳基本医疗保险费的人员，自疫情结束后3个月内补办补缴手续的，视同连续参保缴费，因疫情影响中断缴费期间发生的医疗费用可按规定享受相应医保待遇。

五、切实落实联防联控工作要求

（一）严格落实工作责任。市社保中心、各辖市区医保行政部门和经办机构要强化作风建设，明确工作纪律，做到守土有责、守土担责、守土尽责。要层层分解压实责任，加大督导力度，各级医保行政部门要加强对医保经办机构的工作指导和检查。主要负责同志要切实加强组织领导，勇挑重担、靠前指挥，始终工作在第一线。要发挥共产党员先锋模范作用，在特殊时期、特殊岗位、特殊任务下考验和锻炼党员干部。

（二）加强经办窗口防控。市社保中心及各辖市区医保经办机构要落实公共服务场所疫情防控要求，加强办公服务场所通风、清洁、消毒工作；关心工作人员身心健康，统一配备口罩、手套等防护用品；对办事群众，应提醒佩戴口罩并自觉接受体温检测，确保经办服务安全、有序开展。要加强应急管理，制定应急预案，做好风险防控。

(三) 扎实做好统计工作。按照苏医保电传〔2020〕4号文件、常医保服务〔2020〕11号文件要求，做好各地疫情有关数据的监测、统计、分析，及时掌握第一手数据，重点对确诊和疑似新型冠状病毒感染的肺炎参保患者的医疗费用和个人负担等信息，做好数据收集并单独统计，按规定真实、及时、准确报送。如遇重大事项及时上报至市医疗保障局医药服务管理处(联系电话：0519-85686507)。

附件：《江苏省医疗保障局转发国家医疗保障局办公室关于优化医疗保障经办服务推动新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控工作的通知》（苏医保发〔2020〕3号）



(此件公开发布)

抄送：省医保局；市财政局、市卫健委、市人社局。

常州市医疗保障局办公室

2020年2月6日印发

附件

江苏省医疗保障局文件

苏医保发〔2020〕3号

江苏省医疗保障局转发国家医疗保障局办公室 关于优化医疗保障经办服务推动新型冠状病毒 感染的肺炎疫情防控工作的通知

各设区市医疗保障局：

为深入贯彻习近平总书记重要指示精神，落实李克强总理批示要求，按照党中央、国务院和省委、省政府以及国家医保局对新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控工作的部署和要求，全力维护好人民群众的健康安全，防止疫情传播扩散，现将国家医疗保障局办公室《关于优化医疗保障经办服务 推动新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控工作的通知》转发给你们，并结合省情实际，提出强化落实疫情防控期间医保经办相关工作举措，请予一并贯彻执行。

一、切实落实疫情防控工作部署

各地要切实把思想和行动统一到党中央、国务院和省委、省政府的决策部署和工作要求上来，进一步提高政治站位，把疫情防控作为当前重中之重，做到全面动员、精心部署、科学保障。要始终站在群众角度，坚持问题导向，转变工作思路，细化工作举措，创新工作方式，将各项工作任务落实落细，确保医保经办服务不间断、业务受理不停顿、工作效率不降低。

二、落实医保公共服务便利措施

（一）“不见面”办理公共服务事项

1、要以“不见面”为原则，加快推动医保公共服务线上办，逐步减少窗口办理事项。完善政府门户网站、微信公众号、手机APP等载体功能，依托网上办事大厅提升线上服务水平。协同有关部门共同加强医保信息系统运维工作，全力保障各项网上业务安全、稳定、高效。

2、应根据本地情况，公布“不见面”服务事项清单及操作指引，明确医保参保登记、信息变更、查询，缴费基数申报，关系转移接续，申报定点协议管理，门特门慢认定、待遇核准支付等相关业务“不见面”办理流程及所需材料等。设立对外服务专线电话，安排专人专岗值班，及时宣传告知网上业务办理流程。

3、对暂时无法实现网上办理的相关服务事项，应根据业务需求和类别，公布具体承办部门（窗口）电话，做好相关解释工作，引导通过其他不见面方式或延时办理方式，减少疫情期间窗口办理数量。

（二）“不见面”办理异地就医

1、开通新型冠状病毒感染的肺炎确诊和疑似患者“零材料”异地就医备案快捷通道。

（1）本省参保人员在异地救治的，“零材料”不见面办理异地就医备案，备案时间和期限根据病情确定。其中省内异地就医的，由就医地经办机构通过电话、QQ、微信等“不见面”方式联系参保地经办机构办理；在外省（市、区）异地就医的，根据信息获取情况，原则上由参保地经办机构通过省医保中心联系就医地经办机构办理。

（2）在本省救治的外省（市、区）参保人员，由就医地经办机构通过省医保中心联系参保地经办机构，协助参保地办理异地就医备案手续。

（3）因故无法完成备案手续的，就医地应做好异地患者的信息记录与医疗费用记帐工作，不因备案问题影响疫情治疗和费用结算。

2、异地就医的新型冠状病毒感染的肺炎患者执行“先救治，后结算”政策，无论是否备案，报销均不执行转外就医支付比例调减规定。

3、参保人员办理常规异地就医备案，原则上不进行窗口办理。各地经办机构应开通多渠道线上备案方式并向社会公布，通过政府门户网站、微信公众号、手机 APP、医疗机构转诊备案交互平台等线上备案渠道，办理异地就医备案、取消、更改、查询，经

办机构须在一个工作日内完成相关手续。对春节假期后复工的农民工，可由参保单位集中线上办理备案或承诺制备案。

（三）“不见面”办理医保零星报销

创新多渠道办理医保零星报销业务方式，确保群众办理零星报销不受限。

1、畅通邮寄报销渠道。将零星报销所需的材料清单、寄送地址及联系方式等内容及时向社会公布，方便参保群众办理邮寄报销。

2、提供预约报销服务。对不能“邮寄报销”的，开通零星报销办理预约通道，根据实际需要加强工作调度，实现错时错峰服务。

3、延长零星报销期限。对参保人员 2019 年度内发生的未完成报销的医药费用零星报销，报销时限可延长至 2020 年 12 月底，相关待遇不受影响。

4、优化现场报销方式。如遇特殊、紧急情况，确需现场报销的，应采取“先受理、后报销”方式，即前台收件、后台处理，处理结果以短信形式告知参保人员，积极探索试行容缺受理和事后补充材料等方式，减少窗口滞留等候时间。

（四）“少见面”服务门慢患者供药

支持定点医疗机构在疫情期间根据患者实际情况，合理增加单次处方用药量，减少病人到医疗机构就诊配药次数。放宽部分门诊慢性病取药量，对患有高血压、糖尿病等病情稳定的门诊慢

性病且按照临床规范需要长期服用固定药物的患者，经诊治医院医生评估后，可将一次取药量放宽至3个月。

三、医保资金实行“先预付、后结算”

对集中收治新型冠状病毒感染肺炎患者的医疗机构和开设发热门诊科室的定点医疗机构的协议管理、定点确立、资金拨付和结算等开辟“绿色通道”。各地可视实际情况延长定点医药机构每月医疗费用结算单报送时限，医保经办机构可根据系统数据先行结算拨付，后期统一对账清算，减轻医药机构资金垫付和工作人员跑腿压力。

（一）提前预付医保资金。各地医保经办机构要及时掌握新型冠状病毒感染的肺炎确诊和疑似患者的人数及医疗费用明细情况，建立基础台账，实施动态管理。对定点救治新型冠状病毒感染的肺炎医疗机构提前拨付不少于2个月医保资金；对开设发热门诊科室的定点医疗机构拨付不少于1个月医保资金。根据疫情发展情况，与卫生健康等部门沟通，按照特事特办、急事急办的原则优先处理，简化资金拨付手续，及时测算并追加资金额度。

（二）单列结算医保费用。对新型冠状病毒感染的肺炎确诊和疑似的参保人员医疗费用不纳入医院总额预算控制指标，费用单列结算。结算时，应根据定点收治医疗机构实际发生的医疗费用明细情况，将卫生健康部门诊疗方案中的药品、诊疗服务项目等，参照甲类目录全部临时性纳入医保基金支付范围。

四、实行“一体化保障、一站式结报”待遇落实政策

(一) 落实“一站式”保障待遇。已参加基本医疗保险的新型冠状病毒感染的肺炎确诊和疑似参保患者的医疗费用，由基本医保、大病保险、医疗救助按有关规定及时支付，个人负担部分由财政补助，各设区市医保经办机构对参保患者要落实“一体化”保障待遇和“一站式”结算。

异地就医参保患者在省内及长三角地区发生的门诊医疗费用应加快实现门慢、门特、门统等待遇的“一站式”结算，尚未实现“一站式”结算的市力争在3月底前完成。

(二) 放宽参保享受待遇规定。尚未参加基本医疗保险的确诊和疑似患者，有用人单位的，由用人单位所在地医保经办机构督促办理职工参保；没有用人单位且为本省户籍的，由户籍所在地医保经办机构落实城乡居民医疗保险参保。参保后，报销医疗费用不受待遇等待期政策影响。

对因受疫情影响无法按时参保并缴纳基本医疗保险费用的人员，各地应商相关部门合理延长缴费时限，采取承诺参保方式，待疫情结束后补办补缴。补办补缴后，不影响参保人员报销相关待遇。

五、切实落实联防联控工作要求

(一) 严格落实工作责任。各地要强化作风建设，明确工作纪律，做到守土有责、守土担责、守土尽责。要层层分解压实责任，加大督导力度，加强对市本级和所辖县（市、区）的工作指导和检查。主要负责同志要切实加强组织领导，勇挑重担、靠前

指挥，始终工作在第一线。要发挥共产党员先锋模范作用，在特殊时期、特殊岗位、特殊任务下考验和锻炼党员干部。

（二）加强经办窗口防控。要落实公共服务场所疫情防控要求，加强办公服务场所通风、清洁、消毒工作；关心工作人员身心健康，统一配备口罩、手套等防护用品；对办事群众，应提醒佩戴口罩并自觉接受体温检测，确保经办服务安全、有序开展。要加强应急管理，制定应急预案，做好风险防控。

（三）扎实做好统计工作。按照苏医保电传〔2020〕4号文件要求，指导做好设区市范围内疫情有关数据的监测、统计、分析，及时掌握第一手数据，重点对确诊和疑似新型冠状病毒感染的肺炎参保患者的医疗费用和个人负担等信息，做好数据收集并单独统计，按规定真实、及时、准确报送。如遇重大事项及时上报。

附件：国家医疗保障局办公室《关于优化医疗保障经办服务推动新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控工作的通知》



（此件公开发布）