

南沙区重大疾病“二次报销” 医疗救助方案

参与单位：中国人寿保险股份有限公司广州市分公司

姓名：蔡建英

职业：保险金融管理人员

联系电话：13922226119

地址：广州市越秀区八旗二马路 40 号

日期：2018 年 6 月 15 日

目 录

第一部分方案背景	3
一、国寿背景	3
二、城乡居民医疗保障体系	4
三、二次报销模式	5
四、国际大湾区医疗保障设想	5
五、需求解读与基金测算	6
第二部分服务方案	9
一、基本原则	9
二、参保人群	10
三、资金筹集	10
四、报销待遇	11
五、报销流程	16
六、理赔时效	19
第三部分宣传推广	21
一、宣传方式	21
二、项目推广	21
三、增值服务	22
第四部分监督管理	24
一、专项审计	24
二、财务管理	24
三、人员管理	29
四、系统管理	33
五、档案管理	33
第五部分风险管控	35
一、事前风险管控	35
二、事中风险管控	36
三、事后风险管控	38
四、信息安全方案	40
第六部分总结	42
一、南沙区现有万顷沙重大疾病报销、黄阁二次报销项目分析	42
二、本方案亮点	45
三、项目意义	46

第一部分 方案背景

一、国寿背景

中国人寿是目前国内唯一一家纽约、香港、上海三地上市的国有大型商业保险公司，在最新公布《财富》世界 500 强榜单中，中国人寿位列第 51 位。我公司始终坚持深化政企合作，积极参与到广州本地多项民生保障建设工程中，为政府挑重担子。近年来在市人社局、医保局、市计生局、民政局、老龄办等单位的支持下，陆续开展多项政策性惠民保障业务。主要包括：

（一）广州市城乡居民大病医疗保险项目（覆盖 480 万人）；

（二）广州市困难群众重大疾病商业保险医疗救助项目（覆盖 20 多万人），实施 4 年多来共实施商保医疗救助 17.63 万人次，救助费用 6059.63 万元；

（三）广州市“银龄安康”老人意外伤害保障项目（覆盖 154 万人）。为全市五类 60 周岁及以上的老人提供保障，使广州成为全国首个行动全覆盖的省会城市；

（四）与市妇联开展玫瑰公益爱心妈妈计划，承保 75 万女性；

（五）开展了近 20 年的计生家庭保障项目、外来务工人

员保障项目、失独家庭项目和村官保险等多个民生工程，2017年，全市计生家庭参保覆盖人数达 51 万人，累计赔付人数达 6537 人次，累计赔付金额达 3514 万元。

二、城乡居民医疗保障体系

随着我国人民生活的越来越富裕，近年，国家出台系列政策提高老百姓的医疗保障，完善医疗保障制度。党中央、国务院高度重视解决广大人民群众医疗保障问题，不断完善医疗保障制度。2017年10月，党的十九大胜利召开。十九大报告明确提出了“实施健康中国战略”，强调“人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志”。这意味着健康中国战略成为国之大计，各行各业、社会各界，都应贯彻将健康融入所有的政策的方针，将健康同各领域、各方面的工作相结合。

2015年广州市城镇居民医保和新农合“并轨”，合并成城乡居民医保，同时在基本医疗保障的基础上，建立城乡居民大病医疗保险制度，对重大疾病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障。十九大提出建设粤港澳大湾区的重大发展战略，需要制度创新、优势互补，引领区域经济大发展。建立粤港澳大湾区相匹配的医疗保障体系显得尤为重要，是基本医疗保障制度的拓展和延伸；建立南沙城乡居民重大疾病“二次报销”政策是对基本医疗保障的补充，也是提高城乡居民保障水平和生活质量的有效途径；进一步健全多层次医疗保

障体系，减轻南沙区群众大病医疗费用负担，解决因病致贫、因病返贫问题，同时更好吸引人才，解决优秀人才及其家人的后顾之忧，是建立大湾区互助共济的多层次医疗保障体系的创新举措。

三、二次报销模式

南沙区作为全市民政医疗救助购买服务的先行者，黄阁镇和万顷沙镇先后于 2009 年、2013 年分别实施二次报销及重大疾病救助医疗保障体系，减少镇内因病致贫、因病返贫的现象发生，让群众得到实在的优惠。黄阁镇和万顷沙镇作为先行先试基层政府，塑造了二次报销及重大疾病医疗救助的成功典范，因此二次报销模式成为解决民生问题、完善社会医疗保障体系的一项重要举措，获得老百姓一致好评。一是当年仅在区内个别镇试点二次报销及重大疾病医疗救助模式，需扩大全辖区内群众受益；二是试点镇二次报销统筹基金、报销范围不统一，缺乏持续推广规范，需进一步对接国家医保政策，优化服务标准。

四、国际大湾区医疗保障设想

南沙区，既是国家自贸试验区之一又是规划中的粤港澳大湾区重点合作示范区；2018 年，南沙区围绕全力推进基础设施、现代产业、社会民生和土地收储及城市更新等 4 大领域 15 类共 263 个项目建设，年度投资计划 941 亿元。

在社会民生项目建设方面，南沙区重点推进一批中山大学附属第一(南沙)医院、广东省中医院南沙医院等 9 个项目建设。随着区内经济腾飞发展，除了在硬件设施投入外，还致力于不断完善区内医疗保障体系，在全国创新推行的南沙区重大疾病“二次报销”医疗救助项目，积极响应习近平总书记十九大号召，为全区建立共建共治的医疗救助模式，解决群众因病致贫、因病返贫问题，使人民获得感、幸福感、安全感更加充实、更有保障、更可持续。作为副部级央企中国人寿也是勇于承担社会责任，努力协同南沙区政府共同创建医疗保障服务新模式，助力南沙区政府惠民工程建设。

五、需求解读与基金测算

(一) 需求解读

根据 5 月 8 日南沙区民政局《关于面向社会公开征集重大疾病“二次报销”医疗救助工作方案》的公告，本次重大疾病“二次报销”救助方案重点需求：

- 1.分级别的救助测算
- 2.方便快捷的报销流程
- 3.门诊特定项目、门诊慢性病项目的特定救助
- 4.制定资金监管、服务监管流程
- 5.做好项目宣传、审核、及时汇总和沟通反馈

我公司将针按照项目需求，一是充分利用公司过往承办广州市新型农村合作医疗服务、广州市城乡居民大病医疗保

险服务、广州市民政局困难群众医疗保险购买服务、番禺区钟村、石壁、南村二次报销、南沙区黄阁镇二次报销及万顷沙镇重大疾病医疗救助服务等项目的经验和数据，根据南沙区参保人群特点，做好相关救助级别测算，制定符合南沙区参保人的分级别二次报销方案。二是结合我公司已在南沙区内各医疗定点机构开发上线的二次报销系统，实现区内定点医疗机构“一站式”结算的便捷报销流程。三是根据广州市医疗保险政策制定关于门特、门慢的医疗救助方案，借助城乡居民大病服务团队管理经验，先进的人员管理制度，结合高效培训机制，打造专业服务团队，使项目健康运行。四是同时利用公司服务网点区内全覆盖的资源优势，结合多方面宣传策略，使项目实施可以得到无缝对接和推广。五是建立监督检查制度、系统管理、数据分析等制度，实时掌握参保人的疾病、就诊及费用的发生等规律，动态监控资金使用情况，从而提升保障服务水平、改善业务经营状况、保障基金安全。

（二）基金测算

1.基金测算原则

根据各级政府政策的解读，商业保险公司为政府提供购买服务是按“以收定支”的原则，在确保基金安全使用的前提下，最大化地提高参保人的医疗保障水平。

2.测算依据

测算数据参考了我公司多年的商业保险赔付率经验数据，

以及参与广州市新农合、大病保险、民政救助、番禺南沙镇街二次报销的经验数据。

南沙区 2018 年医疗就诊测算一览表

报销类别	参加人群	就诊率	次均二次 报销金额 (元)	基金测算(万元)		预计筹资金 额(万元)	预计基金 使用率	
				基金测算	合计			
住院、门特	民政困难群众	14.15%	1171	208	6778	7109	95.3%	
	城乡居民 (不含困难群众)		839	2669				
门慢	城乡居民	44.02%	99	1029				
重大疾病	城乡居民	癌症、轻症癌症 (见释义)	0.45%	26838				1762
		特定癌症 (见释义)	0.17%	24617				982
		初次确诊恶性 肿瘤的慰问金	0.27%	2000				128

备注：根据测算结果，预测基金使用率约 95.3%。

第二部分服务方案

一、基本原则

(一) 服务原则

南沙区重大疾病“二次报销”医疗救助方案拟由政府购买服务模式运作；筹集基金设立专户管理；商保公司提供全流程服务，按“保本微利”原则运营，运营成本拟按基金总量的3-4%收取，运营费用主要包含：税费、银行划账手续费、专职服务人员招聘、培训及劳务派遣薪酬、办公设备、行政办公及耗材、宣传推广、系统开发及维护费用等。

(二) 与广州市基本医疗保险、医疗救助制度相衔接；

1. 二次报销的基本医疗费用、住院起付标准、每次住院纳入基本医疗费用计算的检验检查费用、不予报销的情形、定点医疗机构的设立以及报销时限等，参照广州市城乡居民医保制度相关条款执行。

2. 参保人在保障有效期内享受的本方案所指各项特定救助均指：在扣除城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病医疗保险、民政救助及其他报销费用后的基础上进行二次报销。

3. 当城乡医保报销、其他报销、二次报销等的总额大于实际发生的医疗总费用时，报销计算公式：二次报销=医疗总费用-城乡医保报销-其他报销。

4. 保障期间按自然年度计。每年度届满，参保人治疗仍未结束的，以年度结束日结算进行二次报销，继续治疗费用

在下年度结算。

（三）基金使用原则

遵循“以收定支、保障适度、收支平衡、略有节余”的原则；本方案预计基金使用率 95%左右。

（四）报销原则

参保人参加了商业保险公司的医疗保险不受本方案细则限制，但多方报销总额不超过医疗发票总金额 100%。

二、参保人群

南沙区重大疾病“二次报销”医疗救助项目参加人员为：南沙区城乡居民医保人群。

分为两个类别：

（一）南沙区民政困难群众

根据广州市医疗救助中心提供的数据，南沙区民政困难群众在册人数 12581 人。

（二）南沙区城乡居民医保人群（不含民政救助困难群众）

南沙区城乡居民参保人数 236954 人，剔除南沙区民政困难群众 12581 人后，南沙区城乡居民参保人数（不含民政救助困难群众）为 224373 人。

三、资金筹集

（一）筹集方式

建立南沙区重大疾病“二次报销”医疗救助基金。重大疾病“二次报销”医疗救助制度实行“个人缴费、集体扶持和政府资助”的筹资机制。基金来源包括个人缴纳、村集体扶持、镇（街）、区两级财政资助，基金利息收入和上年度基金节余。

（二）筹集标准

重大疾病“二次报销”医疗救助筹资标准为 300 元/人·年，其中区、镇（街）财政各补助 100 元，其余 100 元由村集体和个人共同负担。

（三）结算方式

当本年度报销基金有结余时，结余部分自动滚存到下一年度基金。基金筹资水平每年根据基金使用情况按年调整。

（四）筹集时间

资金以自然年度为单位收缴，每年 9-12 月筹集（与城乡居民医保筹集时间同步），所筹集资金进入重大疾病“二次报销”基金专用账户。

四、报销待遇

参保人在保障有效期内享受的待遇有：住院治疗、门诊特定项目、门诊慢性病项目及癌症的特定救助。

附：参保人报销待遇一览表（见下表）

南沙区重大疾病“二次报销”医疗救助方案

参保人报销待遇一览表					
报销类别		参加人群	报销方案	报销限额	
住院、门特 (不限病种)		民政困难群众	(总住院费用 - 已报销总额) × 100%	10 万元	13 万 (除门慢)
		城乡居民 (不含困难群众)	区内定点医院 一级：(基本医疗费用-起付标准-医保报销) × 100% 二级：(基本医疗费用-起付标准-医保报销) × 100% 三级：(基本医疗费用-起付标准-医保报销) × 25% 区外定点医院： (基本医疗费用-起付标准-医保报销) × 10%		
门慢 (20 种广州市社会医疗保险门诊指定慢性病)		城乡居民	对医保门慢诊断病种的药品费用实行 50% 的报销	每单病种限额 100 元 /月，限报 3 个病种	
重大疾病	癌症、轻症癌症 (见释义)	城乡居民	(基本医疗费用-医保报销-其他报销) × 100%	3 万元	
	特定癌症 (见释义)		(住院医疗总费用-医保报销-其他报销) × 100%		
	初次确诊恶性肿瘤的慰问金		参保人首次确诊恶性肿瘤(不含轻症癌症)慰问金 2000 元	2000 元	—

（一）20种指定慢性病门诊报销申请程序

1. 患者需到有诊断资格的定点医疗机构确诊。
2. 患者把有二名合资格的医生签名及医院公章的《广州市城乡居民医疗保险指定慢性病诊断证明书》复印件和身份证复印件交回定点医疗机构医院城乡居民医保驻院代表服务窗口。
3. 定点医疗机构城乡居民医保驻院代表服务窗口驻院代表收到参保人递交的确诊资料后，通知患者从下月起即可享受指定慢性病门诊报销待遇。

（二）重大疾病责任免除

因下列任何情形之一，导致参保人患本方案所指癌症、特定癌症或轻症癌症，本方案不承担给付救助金的责任：

1. 参保人服用、吸食或注射毒品；
2. 核爆炸、核辐射或核污染；

无论上述何种情形发生，导致参加人员发生本方案所指癌症、特定癌症或轻症癌症，均不予支付医疗救助金。

（三）重大疾病救助金申请所需证明和资料

申请癌症确诊救助金、特定癌症医疗救助金、轻症癌症医疗救助金时，所需的证明和资料为：

1. 申请人法定身份证明；
2. 专科医生出具的诊断证明（含相关的诊断依据）、病历、住院及出院证明文件。

（四）释义

专科医生：指应当同时满足以下四项资格条件：（1）具有有效的中华人民共和国《医师资格证书》；（2）具有有效的中华人民共和国《医师执业证书》，并按期到相关部门登记注册；（3）具有有效的中华人民共和国主治医师或主治医师以上职称的《医师职称证书》；（4）在二级或二级以上医院的相应科室从事临床工作三年以上。

癌症：采用中国保险行业协会制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范》中列明的恶性肿瘤的定义，指恶性细胞不受控制的进行性增长和扩散，浸润和破坏周围正常组织，可以经血管、淋巴管和体腔扩散转移到身体其它部位的疾病。经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴。

下列疾病不在保障范围内：

1. 原位癌；
2. 相当于Binet分期方案A期程度的慢性淋巴细胞白血病；
3. 相当于Ann Arbor分期方案I期程度的何杰金氏病；
4. 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）；
5. TNM分期为T1N0M0期或更轻分期的前列腺癌；
6. 感染艾滋病病毒或患艾滋病期间所患恶性肿瘤。

特定癌症：属于本方案所指的癌症，同时经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的恶性肿瘤范畴之内的下列恶性病变：

1. 特定年龄前列腺癌：仅限发生于年满 18 周岁后的男性被保险人，指原发于前列腺组织的恶性肿瘤，ICD-10 编码主码为 C61；

2. 特定年龄肺癌：仅限发生于年满 18 周岁后的男性被保险人，指原发于肺组织的恶性肿瘤，ICD-10 编码主码为 C34；

3. 特定年龄乳腺癌：仅限发生于年满 18 周岁后的女性被保险人，指原发于乳腺组织的恶性肿瘤，ICD-10 编码主码为 C50；

4. 特定年龄宫颈癌：仅限发生于年满 18 周岁后的女性被保险人，指原发于女性子宫颈的恶性肿瘤，ICD-10 编码主码为 C53；

5. 特定年龄白血病：仅限发生于年满 18 周岁前的被保险人（不区分性别），指一种造血系统的恶性肿瘤，ICD-10 编码主码在 C90-95 范围内，并且至少已经接受化学治疗或骨髓移植；

6. 特定年龄骨癌：仅限发生于年满 18 周岁前的被保险人（不区分性别），指原发于发生于骨骼或其附属组织的恶性肿瘤，ICD-10 编码主码在 C40-41 范围内。

轻症癌症：不属于本方案所指的癌症，但经病理学检查结果明确诊断，临床诊断属于世界卫生组织《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）的下列恶性病变：

1. 原位癌；
2. 皮肤癌（不包括恶性黑色素瘤及已发生转移的皮肤癌）。

五、报销流程

（一）“一站式”结算

1. 住院登记

参保人住院登记时，医院 HIS 系统同时进行医保登记和二次结算登记，能实时反应区内各医院住院情况。

2. 住院探访

驻院代表每天通过城乡居民医保信息管理系统及现场查房方式了解住院病人情况，核查病人身份及住院信息、监控住院费用、巡查住院病人、跟进病人治疗情况。发现异常情况的，1 个工作日内与医院科室主任和分管医生沟通核实情况，并做好核实结果记录。

对于经查看病历及与分管医生沟通核实属于不符合住院指征、挂床治疗、不合理检查、不合理用药等情况的，1 个工作日内以书面形式向医院相应科室主任及医务科反馈，要求医院在 2 个工作日内做出整改，并将沟通结果在与院方沟通结束后当天上报医疗监控业务负责人，驻院代表跟进医院整改情况，并在当周周例会前向医疗监控业务负责人反馈。

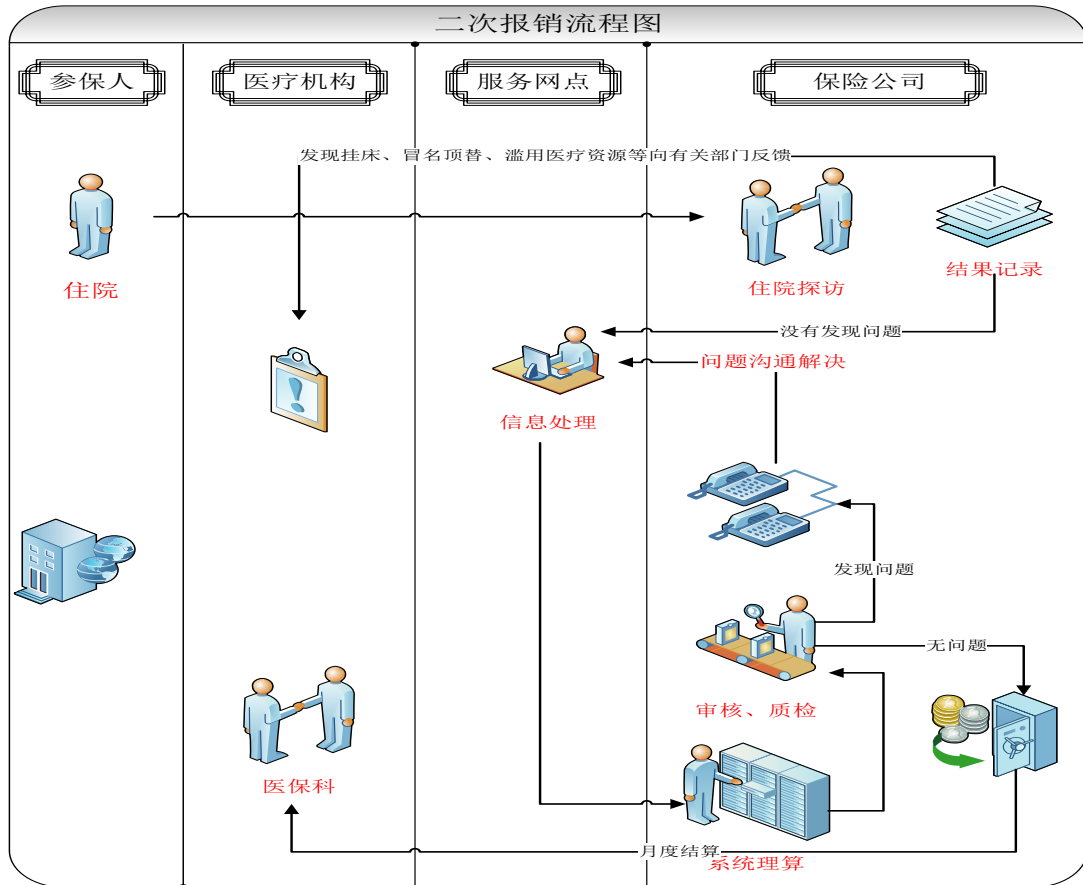
对于医院在 2 个工作日内整改情况良好的，驻院代表将该院整改结果在当周周例会前如实向医疗监控业务负责人汇报，并做好相关情况记录；对于医院在 2 个工作日内整改情况不理想的，驻院代表将该院整改情况在当周周例会前上报医疗监控业务负责人，医疗监控业务负责人将相关情况向中心主任汇报后，于 1 个工作日内将情况及处理建议向区医保分局汇报，医疗监控业务负责人在上报区医保分局后 2 个工作日内追踪医保分局处理意见，并按照医保分局处理意见对医院进行处理；对于已核实存在明显不合理医疗行为的病案，在处理后将计入该院的季度考核结果，并定期上报区医保分局统一处理。

3.出院结算

参保人员出院时，医院 HIS 系统首先进行医保结算（含医保大病结算、民政救助结算、民政商保结算），医保返回结算结果到 HIS 系统，HIS 系统把医保结果推送给二次结算系统中，二次结算系统根据相关政策进行二次结算并返回结果给医院 HIS 系统。

4.财务结算

每月我公司与医院结算时间，院方财务提交本月现场理赔给付信息到二次结算管理中心。管理中心核对系统相应信息，无误后双方财务进行财务结算并划帐给医院。



(二) 零星报销

1. 案件受理地点

受理地点为：南沙区各镇（街）服务网点、定点医疗机构城乡居民医保服务窗口。以上地点通过政府网络或我公司网络、公众微信号可以查询。

2. 案件受理

参保人自出院之日起 30 天内凭有关证件、资料到指定医院的驻院代表处办理报销手续。

- (1) 发票原件
- (2) 医生证明或疾病诊断证明
- (3) 病历本（出院小结或出院记录）

- (4) 费用汇总明细清单
- (5) 银行账户复印件
- (6) 病人身份证原件及复印件（正反面）
- (7) 未成年人提供户口本和出生证原件及复印件
- (8) 医保结算单

3.补充报销

对参加南沙区住院二次报销而同时参加商业保险的人员，补充报销采取零星报销方式进行，报销资料可以使用复印件，但复印件上必须明示已报销金额，并在金额上加盖原报销部门公章。

4.案件理赔

受理后的案件由服务人员在管理系统中录入案件，初次录入后，案件按照分级权限管理由不同级别人员审核。

5.划账处理

中国人寿按照救助对象提供的银行账户，将相应的理赔金划拨到对应的银行账户中，划账成功后以短信方式提醒救助对象。

六、理赔时效

我公司承诺零星报销时效如下：

自参保人递交完整的报销申请材料开始，中国人寿广州市分公司在5个工作日内完成医疗救助审核和医疗救助金的划付。

在受理参保人医疗救助金申请过程中，如确定参保人所

提交的申请资料条件未满足救助申请条件时，服务网点人员在一个工作日内告知参保人，详细说明原因并退还参保人申请资料，若参保人强制要求提交申请的仍需受理救助申请，及时转交中国人寿广州市分公司南沙区重大疾病“二次报销”服务管理中心后台处理，并提交南沙区民政局与中国人寿广州市分公司共同派员成立的重大疾病“二次报销”联合办公室进行核定，核定完成后在五个工作日内向救助人员说明情况并退还申请资料。如救助对象对审核结果有异议的，可在十五个工作日内提出复议申请。

第三部分宣传推广

一、宣传方式

（一）征缴宣传

与城乡居民医保征缴时间同步，通过政府发文到各镇街、村委等进行征缴宣传，让群众了解政府推动“二次报销”医疗服务的目的和意义，商保公司派专门人员配合政府进行征缴及扩面宣讲。

（二）镇街派驻宣传

派驻服务专员到各镇街社区服务中心，配合政府进行政策宣传、基金征缴工作跟进。

（三）制作宣传海报、广告及手册

制作南沙区“二次报销”项目宣传海报在各镇街、村委政府、各医疗定点机构及学校宣传栏张贴；宣传广告在主要公交站、地铁站投放广告；宣传手册在相关政府部门、医院、学校、各镇街、村委会、社区服务中心等派发或提供民众取阅。

（四）制作 H5 宣传消息及媒体报道

在区政府、民政局等政府部门微信平台以及中国人寿官方微信平台发布，并组织各镇街政府工作人员及中国人寿员工、销售人员转发，加大推广力度。邀请媒体进行系列报道；在媒体、报纸上宣传政府最新惠民政策。

二、项目推广

（一）定期将区内各镇街的参保情况、资金使用情况、

赔付率、疾病发生率向政府进行汇报。

（二）收集困难群众或特定癌症等参保人在享受“二次报销”待遇中典型案例，组织媒体进行系列报道，扬政府惠民服务之大爱，建立互助共济的医疗救助创新模式。

三、增值服务

我公司借助实力强、网点多、服务优、专业强的优势，通过线上线下结合的方式为南沙区居民大病住院医疗费用补充服务项目提供政策宣传及咨询等更多的全方位、多功能的增值服务。

（一）国寿大健康平台

国寿大健康平台是面向国寿集团所有客户的统一在线健康服务平台，平台整合线下优质医疗资源，提供线上广覆盖、全链条的健康服务项目。包括健康资讯、电话轻问诊、疾病自查、境外就医、找专家、健康自测、慢病管理（高血压、糖尿病管理）等。



(二) 社区健康服务

1. 沟通、协调

与南沙区民政沟通，确定本区医疗救助健康管理活动的讲座主题，根据主题对区域内困难群众及城乡居民宣讲及体验活动。协调活动开展时间、场地、人员配合等具体事项。

2. 活动反馈

活动开展，并现场收集参加活动的困难群众及城乡居民意见，记录并分类整理。每期活动后编撰通信稿向区政府及民政局汇报。

第四部分 监督管理

一、专项审计

每年由南沙区民政局安排第三方评估机构对我公司上年度的重大疾病“二次报销”救助业务服务项目执行情况、项目运作社会效应及项目管理质量进行评估，并由第三方评估机构对上年度医疗救助服务质量出具评估报告。

根据评定结果，若服务质量评定不合格，按照相关约定，我公司接受扣取50%的履约保证金；若连续两年不合格，我公司接受政府机关终止与我公司业务合同，由政府机关重新选定其他保险经办机构。

二、财务管理

（一）账户管理

1.南沙区重大疾病“二次报销”医疗救助金（以下简称“救助金”）实行专账管理、专款专用。我公司将严格遵守国家、省、市及南沙区民政局相关规定文件、《中国人寿保险股份有限公司资金管理办法》等相关规定及委托合同约定，除用于该项目收支外，救助金不用于其它任何用途。

2.我公司针对本项目建立专项资金台账，对该项目进行独立的专账核算，每月与银行之间进行对账，确保救助金的独立性，安全性。

（二）救助金划拨、管理与结算

1.每年（以委托合同签订起止日期为准，后同）救助金应按照合同约定分期划拨到我公司专用账户。在委托合同

年度结束后 30 日内，根据医疗救助金实际支出情况和服务质量评估情况按协议约定予以清算。

(1) 我公司将按委托合同约定时点提前 10 个工作日向区民政局提交《**年度**期救助金划拨申请表》申请救助金，并积极与区民政局联系沟通，密切关注救助金到账情况。

(2) 我公司严格遵守合同约定，规范救助金的使用，及时跟踪救助金的给付情况，做好日常资金头寸安排。

2. 我公司每月对本市定点医疗机构提供南沙区重大疾病“二次报销”医疗救助金的即时结算服务，对于定点医疗机构所垫付资金，我公司严格按照相关规定，接收经定点医疗机构提交的定点医疗机构结算申报资料。

我公司根据定点医疗机构每月 5 日前提供的《广州市医保经办机构南沙区重大疾病“二次报销”医疗救助金交接汇总表》及定点医疗机构结算申报表，与定点医疗机构进行结算，并流转相关财务数据。我公司对申报资料审核无误后根据系统数据生成批量转账文件，并打印《定点医疗机构申请结算单》、《定点医疗机构结算清单》等送财务部。财务部人员复核无误后，于每月 20 号（节假日顺延到下 1 个工作日）进行转账支付，并于每月 28 号前与各定点医疗机构核对支付结果。

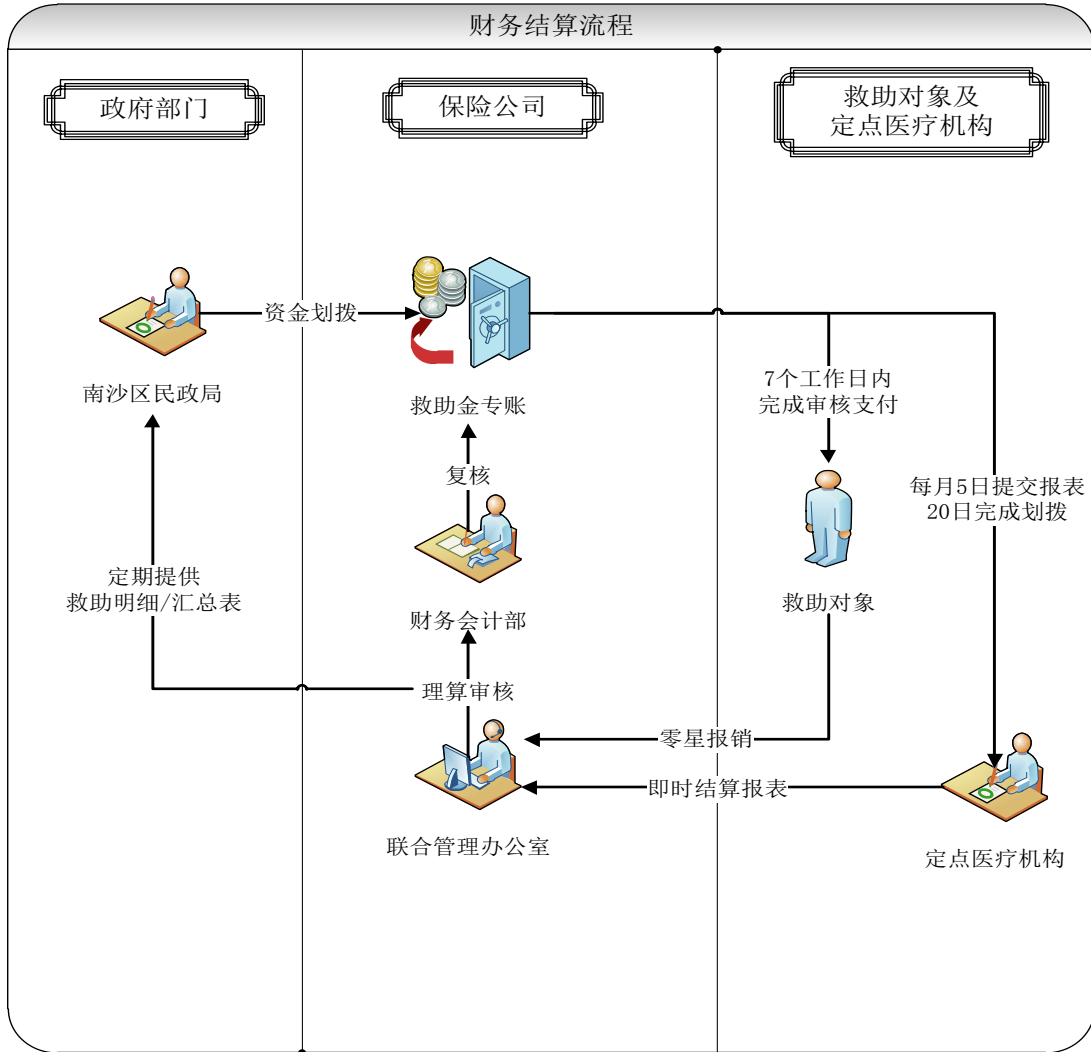
3. 对于由南沙区各镇（街）服务网点、我公司定点医疗机构服务窗口受理的零星报销重大疾病“二次报销”医疗救助金申请，我公司于 30 天内完成医疗救助金审核并通过批

量转账支付的方式将救助金支付到救助对象指定银行账户（或法定监护人银行账户）。

我公司根据各服务网点每日受理的应付数据生成当日应付日结单，并流转相关财务数据。我公司收付费岗人员审核无误后，根据系统数据生成批量转账文件，并打印《零星报销结算申请单》、《零星报销付费清单》等送财务部。财务人员复核无误后，进行批量转账支付，并及时反馈支付结果。如出现支付不成功的情况，由我公司跟进与救助对象联系，对系统内救助对象相关账户信息进行修正后，于2个工作日内完成重新支付。

4.每个救助年度结束后，按照财务要求对上年度救助金进行年度清算工作，并提供相关报表。

附：财务结算流程图



(三) 数据分析与统计报送

1.按照双方委托合同约定及我公司统计信息报送管理相关规定，我公司加强对本项目救助金统计信息报送工作的组织和领导，按要求定期向南沙区民政局报送相关报表（包括但不限于：救助金收支情况表、赔付率报表、救助金支付明细表），明确统计信息人员，定期对统计信息报送工作进行监督检查，为统计信息报送工作提供必要的保障，确保数据信息真实、准确、完整，保证报送质量。

2.我公司将按月编制《南沙区重大疾病“二次报销”救

助明细表》，会同申请资料存档备查，每季度末制作《南沙区重大疾病“二次报销”救助汇总表》报南沙区民政局备案。

3.我公司根据年度救助资金使用情况，制定下一年度资金使用计划，并定期收集数据，对救助金收支情况，支付成功率，支付时效等情况进行总结分析，并就优化救助金运用不定期提出相关意见及建议，书面报送南沙区民政局审查确定。

（四）风险防范

1.我公司实现南沙区重大疾病“二次报销”救助管理系统与财务系统无缝对接，业务数据通过接口自动流转，杜绝人工干预的风险，并通过专项账目对本项目进行独立核算。

2.我公司内部建立救助金审核、给付及账务处理审批制度，针对各环节设立审批权限管理，严格执行救助金收入、支出的审批制度，规范资金运用，确保资金安全。

3.我公司设置专人专岗定期取得专用账户银行对账单，月末编制银行存款余额调节表，确保不存在未达款项，加强对账管理，保证资金安全和准确。

4.每个救助年度结束后 20 日内，我公司针对上年度的服务情况进行评估（对上一服务年度服务工作进行汇总报告并提出下一年度的预测报告），并向南沙区民政局提交书面评估报告。

三、人员管理

(一) 成立联合办公室

1. 指导思想

为进一步完善南沙区城乡医疗保障体系，解决群众因病致贫、因病返贫问题，提高人民群众的获得感、满足感及幸福感。落实“政府主导、专业承办”的实施原则，加强政府经办部门与商业保险机构的沟通与交流，规范管理制度，完善工作措施，切实保障南沙区重大疾病“二次报销”救助待遇的落实和资金的安全。

2. 工作目标

南沙区民政局与中国人寿广州市分公司共同派员成立重大疾病“二次报销”联合办公室，设置相对固定的办公场地和专职人员，通过制定相关的管理制度、工作规范，对日常经办工作进行管理、考核，使南沙区重大疾病“二次报销”经办管理工作更加规范、完善。

3. 专属服务团队及工作职责

重大疾病“二次报销”医疗费用主要实行现场“一站式”结报。零星报销由我公司在全区设立的 14 个定点医疗机构城乡居民医保服务窗口受理。9 个镇街政务服务中心各派驻 1 名服务人员，进行业务受理及协助处理基金筹集等工作。报销资料在后台集中进行审核、调查，在利用原有经办服务人员业务处理的基础上新增专职经办服务人员以满足业务处理需求。

我公司将对该项目配置专属的服务团队，成立专属的南沙区重大疾病“二次报销”服务管理中心，设置中心主任、副主任各1名，隶属于重大疾病“二次报销”联合办公室管辖，主要构成如下：

重大疾病“二次报销”服务管理中心			
岗位	人数	职责	服务地址
中心主任	1名	1、负责重大疾病“二次报销”管理服务中心的日常运作和业务管理； 2、负责参保人服务疑难件、投诉件及现场突发事件的处理； 3、负责服务中心队伍建设、人员基础管理及考核； 4、配合区民政局、各镇街做好每年参保登记及缴费工作； 5、完成联合办公室交办的其他工作。	中国人寿南沙支公司
中心副主任	1名	1、派驻1名副主任协助南沙区民政局、中心主任完成项目各项工作； 2、完成南沙区民政局交办的其他工作。	南沙区民政局
理赔岗	3-5名	1、跟进零星报销案件单证交接、资料受理、费用审核（初审、复核）、费用结算（制作结算单）等； 2、报送民政局、医院相关报表制作。	中国人寿南沙支公司
档案管理岗	1名	1、负责零星报销案件资料归档工作； 2、负责纸质档案查阅、调取等工作； 3、负责电子档案维护、查阅等工作。	中国人寿南沙支公司
镇（街）驻点人员	9名	1、配合各镇街做好基金征缴及政策宣传工作； 2、跟进各镇街理赔单证交接、资料受理、理赔回访及满意度调查工作； 3、完成各镇街领导交办的其他民政相关工作。	南沙区9个镇（街）各派驻1名专职服务人员
定点医院驻点人员	6-14名	1、做好理赔单证交接、资料受理工作； 2、做好重大疾病“二次报销”政策宣传、咨询解答、住院探访及满意度调查等工作； 3、完成联合办公室交办的其他工作。	南沙区14个医保定点医院

4. 定点医院服务窗口

重大疾病“二次报销”项目定点医院服务网点一览表

序号	服务网点	网点地址	联系电话
1	广州市南沙区第六人民医院	南沙区大岗镇兴业路 7 号	13302301223
2	广州市第一人民医院南沙医院	南沙区丰泽东路 105 号	13302226173
3	长龙港医院	南沙区南沙街珠电路 15 号	13302301277
4	广州市南沙区妇幼保健院	南沙区海傍路 103 号	13302301277
5	广州市南沙区妇幼保健院分院	南沙区南沙街金岭南路 301 号	13302301277
6	广州市南沙区第一人民医院	南沙区万顷沙镇新兴路 88 号	13302301239
7	广州市南沙区第二人民医院	南沙区黄阁镇麒龙东路 131 号	13380043780
8	广州市南沙区中医医院	南沙区珠江管理区珠江北路 250 号	13302301239
9	广州市南沙区第三人民医院	南沙区横沥镇工业路 2 号	13302301299
10	广州市南沙区东涌医院	南沙区东涌镇培贤路	13380043779

序号	服务网点	网点地址	联系电话
	11	广州市南沙区鱼窝头医院	南沙区东涌镇市鱼路 10 号
12	广州市南沙区鱼窝头医院大同分院	南沙区东涌镇光明路 5 号	13380043779
13	广州市南沙区灵山医院	南沙区大岗镇灵山环城东路 4 号	18126866493
14	广州市南沙区榄核医院	南沙区榄核镇校尾路 23 号	18126866493

(二) 人员要求

1. 学历要求

本项目的服务人员必须具有医疗、信息、财务、保险等大专以上学历，并具备一年以上的医疗机构、财务管理、信息系统开发或管理等相关岗位工作经验，能独立完成所负责岗位的服务工作。

2. 人员管理

所有服务人员均需接受南沙区重大疾病“二次报销”项目培训并通过考核后上岗，同时对所有人员每季度的工作及服务情况进行考核，考核结果与服务人员的薪酬挂钩。

3. 人员培训

培训对象：二次报销经办服务工作人员

针对性的设置相关课程，主要包括医保政策、南沙二次报销政策介绍、定点医疗机构的监督与管理、服务礼仪、二次报销流程等。此部分培训为制式化培训课程，并根据业务发展需要定期调整课程的具体内容。

通过集中培训和专人带教实习相结合的方式，尽快熟悉本职工作岗位的要求。

四、系统管理

（一）数据统计

监控管理子系统能实现各类报表自动生成并可实时提取各类数据统计。

（二）医院监控

驻院代表对参保人进行住院探访，并系统中记录所在医院的日常工作情况、查房情况、救助对象用药情况等，从而有效地控制异常的医疗行为。

（三）“灰名单”管理

个人监控提供以救助对象为线索，对于出现过个人违规行为的纳入“灰名单”范围内，此类救助对象系统可暂停某类业务的结算。

五、档案管理

在南沙区重大疾病“二次报销”联合管理办公室的指导下，服务管理中心设置专属的档案管理岗，负责拟定《南沙区重大疾病“二次报销”医疗救助档案管理办法》，建立纸质档案、影像档案双重保管模式；公司信息技术部门负责提

供影像档案信息设备和技术支持、系统的运行维护。

除妥善保管至少 10 年纸质报销材料外，我公司承诺可以长期保存、提供报销资料影像扫描文档，以方便贵局在业务处理信息系统中随时提取、核查。

第五部分 风险管控

中国人寿广州市分公司借助多年的新农合、城乡居民大病项目运作与商业医疗保险管理方案，为保证提高资金使用效率，保证医疗资源合理利用，确保资金安全运用，避免资金偿付能力方面有一整套的运作经验。通过主动的风险控制、风险引导、切实解决南沙区城乡居民的就医难题；通过中国人寿强大、完善的医疗机构驻点服务体系，强化“前置风险控制”，“就医过程风险控制”，“救助对象理赔咨询服务”三个环节；中国人寿对参保人就医的“事前、事中、事后”全流程介入，并通过控制参保人就医的发生和发展过程中各环节存在的风险问题。控制就医流程中各环节的道德风险。

一、事前风险管控

事前风险管控就是要抓好前置风险控制，主动的医疗风险管理，可通过就医行为引导，降低整体的赔付压力。在南沙区重大疾病“二次报销”项目（以下简称“项目”）中，前置风险控制可防范或控制医疗资源过度使用，避免整体的医疗救助基金发生超支风险。

（一）协助参与和完善项目制度设计

对于前置风险的控制，最主要的是通过制度的设计，尤其是根据南沙区重大疾病“二次报销”医疗救助项目的方案设计初衷，救助对象的特点，特定医疗的比例分担，将就医行为中的“道德风险”降到最低限度，引导群众合理使用医疗资源。在实际的运作中，及时总结经验，参考基金的承受

能力，逐步优化方案，重点缓解城乡居民就医难的问题。

（二）针对项目建立全方位的健康服务管理体系

保险理赔往往是在客户已经出险后发生的，更多是起到补偿的作用，而健康管理服务是前置的风险管理的重要手段，这是主动医疗管理最重要的一个步骤，通过事前健康管理，以降低救助对象群的健康风险，在风险还未发生之时就开始干预和防范，起到风险管理前置的作用。借助于中国人寿的医疗保险管理平台，逐步建立从预防、保健、就医、救援等一揽子南沙区城乡户籍居民健康管理方案。

利用中国人寿现有的服务资源，协助政府改善南沙区户籍居民健康状况，通过开展健康讲座、健康咨询、慢病管理等健康管理措施，丰富参保群众的健康知识、增强健康意识，掌握简单易行的健康促进方法，从而有效改善健康状况。

二、事中风险管控

（一）就医过程风险控制

1. 建立医疗风险预警机制

我公司根据南沙区重大疾病“二次报销”医疗救助项目的特点设置风险预警规则，可以实现对救助对象每日发生的诊疗项目、医疗费用明细进行自主审核，对医疗机构形成分类管理，提示异常就诊记录、异常医疗费用信息等。

2. 加强医疗过程巡查

通过对定点医疗机构配备南沙区重大疾病“二次报销”救助项目驻院代表人员。对于诊疗过程中的异常情况和重点

风险人群（罹患重大疾病人群、慢性疾病人群），驻院代表将通过查房、走访、慰问等形式，审核其医疗过程是否存在不合理医疗消费；通过就诊人群，医疗巡查人员将开展定期抽查，降低医疗过程各类道德风险。

3.加强定点医院管理

在政府授权的前提下，以政府名义或与政府部门组成联合巡查组。通过巡查，审查住院人员身份，杜绝冒名就医风险；向救助对象说明具体的南沙区重大疾病医疗救助项目政策及赔付范围，减少赔付争议；审查医疗过程，防止就诊过程中的不合理医疗消费。

（二）救助咨询服务

通过专业驻点服务人员为客户提供高质量的救助服务及咨询服务，控制患者在就医过程中存在的风险，通过对就医人员“道德风险”和“就医风险”两个关键点的风险控制，最大限度的干预医疗资源过度使用案件和不良费用的产生，同时提高救助对象对广州国寿救助服务的体验度和满意度。

1. 利用国寿的宣传平台和现场驻点服务人员，通过新闻媒体，海报，宣传彩页、短信、电邮等形式，对宣传国家、省、市医疗保险政策、市医疗救助政策以及南沙区重大疾病“二次报销”医疗救助项目政策，为救助对象提供优质咨询服务，包括政策、流程、住院规定等，做好宣传引导工作

2. 设置专门的咨询岗位，受理南沙区户籍居民日常业务和救助流程的咨询、投诉，并进行登记；跟进相关环节沟通，

对群众的咨询和疑问进行答复和处理，对辖区内投诉情况进行数据分析和管理工作，定期形成报告。

3. 通过驻点人员在医院的核实客户身份信息进行全面登记，并协助做好在院期间的查房登记；通过驻点人员的医疗经验，做好现场咨询答疑工作，引导合理就医。

三、事后风险管控

事后风险管控就是要做好风险回顾分析，为将来的政策调整准备好依据。中国人寿借助于大量的赔付数据经验和回顾式分析，通过对广州市社保制度和新农合等医疗制度的全方位的梳理，做好南沙区重大疾病“二次报销”医疗救助项目的风险模拟。

中国人寿将建立南沙区重大疾病“二次报销”医疗救助项目动态测评体系，对资金运用情况进行统计分析。通过分析救助对象员年龄地域分布、就诊发生率、病种分布和发生率、就诊医院分布、医疗费用水平、药品和诊疗项目情况、赔付率状况等风险指标，掌握参保人的疾病发生、就诊发生、费用发生等规律，动态监控资金使用情况，为提升保障服务水平、改善业务经营状况、救助政策调整提供决策参考。具体如下：

（一）建立项目运作分析体系

通过建立常用监测指标，进行定期的业务运行分析，确定预警线、运行风险点，为业务的安全平稳运行提供决策分析。具体分析项目如下：

1. 本地就医人次、费用、病种构成；
2. 定点医疗机构就诊人次/就诊人数（住院/门诊/特殊病门诊），及其同比环比增长率；
3. 定点医疗机构次均/人均住院/门诊/特殊病门诊医疗费用，及其同比环比增长率；
4. 定点医疗机构住院/门诊/特殊病门诊医疗费用中，由统筹基金、公务员补助、个人账户、个人现金等支付比例，南沙区重大疾病“二次报销”救助项目自付（统筹自付）占比，部分自付（乙类先自负）占比、目录外费用（自费费用）占比；
5. 定点医疗机构平均住院日；
6. 定点医疗机构住院各主要病种人次、平均床日、次均医疗费用及其变化率；
7. 定点医疗机构特殊病各主要病种门诊人次、次均医疗费用。

（二）及时的运行总结评价

1. 根据医疗审核、医疗监督和支付结算情况，中国人寿每个月不少于一次进行相关问题梳理总结；
2. 中国人寿于每季度对工作总体运行情况进行总结，内容包括业务经营和状况，也包括业务流程、管理制度、岗位人员、医疗监督巡查、审核结算支付等，并形成建议和对策；
3. 定期举行由南沙区民政局、医疗机构等参加的总结分析会或学习交流会。

（三）建立完善的统计分析与汇报制度

1. 中国人寿每月对南沙区重大疾病“二次报销”医疗救助项目业务数据进行汇总，并报南沙区民政局相关部门；
2. 中国人寿对业务数据进行统计分析，至少每半年进行一次，并形成运行分析报告；
3. 每年分析南沙区重大疾病“二次报销”医疗救助项目运行发展趋势及风险状况，为新一年业务测算以及政策调整等方面提供全面的信息参考。

（四）救助政策建议反馈

根据中国人寿工作中发现的问题以及对数据信息的评价分析结果，形成工作提升建议和政策建议，与南沙区民政局沟通反馈，参与决策形成过程，影响政策的调整和制定。每个月不少于一次向南沙区重大疾病“二次报销”医疗救助项目管理部门及定点医院提交问题反馈和工作建议。

四、信息安全方案

（一）网络安全性

在网络联接上，各医疗机构、基本医保或新农合系统与中国人寿可以使用专线连接或者与共同连接入政府专用网络。

中国人寿内外网络均使用防火墙进行隔离，避免病毒及黑客入侵。

（二）数据保密性

中国人寿保险系统部署在中国人寿数据中心机房，属于

中国人寿内部网络，有严格的网络安全控制以及 IP 和防火墙控制，除专业管理员外无权访问该系统后台应用服务器和数据库服务器。

（三）系统风险管控机制

1.信息安全

中国人寿保险系统通过菜单授权等方式保证不同用户拥有对应其职责的权限，保证数据的安全性。

2.数据监控

各定点医疗机构的即时结算数据可实时监控和实时生成报表，能确保资金使用规范、安全。当医疗机构或参保对象等提出对数据异议，系统能实现数据的追溯，查询当时结算时的各种状态。

系统采取数据实时备份（上海远程镜像备份模式），当出现重大数据丢失时（如中国人寿机房火灾、地震等），数据可进行追溯恢复。

第六部分总结

一、南沙区现有万顷沙重大疾病报销、黄阁二次报销项目分析

1. 万顷沙镇重大疾病报销项目

(1) 赔付率高

近五年平均赔付率达 173.92%，基金无法有效管控；

(2) 病种局限

限制 35 种重大疾病，针对性不强，容易引起疑议；

(3) 非全覆盖

自愿参保，非全员普惠行为，参保率 93.13%；

(4) 报销繁琐

未开通一站式现场结算。仅可零星报销，受理点只有一个“南沙区第一人民医院”，报销时间及流程繁琐；

(5) 资源浪费

南沙区内、区外指定医院报销比例相同，易导致区内医疗资源浪费，增加基金不合理使用；

(6) 困难人群无专项救助

2. 黄阁镇二次报销项目分析

(1) 报销繁琐

住院只能零星报销，报销时间长达 3-5 个月不等；

(2) 资源滥用

门诊治疗量逐年增大，滥用医疗资源严重；

(3) 身份识别不严格，

存在医疗道德风险；门诊身份识别不严格，容易造成冒名顶替；

(4) 受惠局限

仅限门诊完全自费票据报销，不可与城乡居民同时享受。

(5) 费用不可控

基金超支严重，住院费用五年内三次超 100% 赔付率，平均年赔付率 106.9%；门诊费用五年内两次赔，平均年赔付率 112.71%。

(6) 困难人群无专项救助。

3. 附《南沙重大疾病二次报销项目、万顷沙重大疾病项目、黄阁二次项目对比一览表》（见下页）

南沙区重大疾病“二次报销”医疗救助方案

南沙重大疾病二次报销项目、万顷沙重大疾病项目、黄阁二次项目对比一览表

项目名称	万顷沙重大疾病项目	黄阁二次项目		南沙二次建议
参保人群	万顷沙镇户籍（自愿）	黄阁镇户籍已参加广州市城乡居民社会医疗保险的参保人员（购房入户和集体户的居民除外）		南沙区户籍已参加广州市城乡居民社会医疗保险的参保人员（困难群众、普通群众）
报销项目	重大疾病住院医疗的救助	住院	门诊	普通住院、门特、门慢、
资金来源	1.镇、捐助款（社会团体、企事业单位慈善募捐） 2.村集体和个人	镇全额	个人，自愿	1.困难群众由财政全额资助（区、镇街、村集体）； 2.普通群众区财政100元，镇街、村集体、个人共200元。
筹资标准	1.村集体和个人100元 2.镇兜底	250元	100元，其中个人20元	300元
筹资时间	3-5月	9-12月	9-12月	9-12月
保障时间	3月18日至次年3月17日	自然年度	自然年度	自然年度
参保率	93.13%	100%	96.35%	预计100%
医院	项目指定医院（区内12间、区外42间）	定点医院	镇内医院	全市定点医院（区内比例高于区外）
报销病种	35种重大疾病	不限	不限	普通疾病、癌症、特定癌症、轻症癌症
报销比例	基本医疗费用-医保或公费医疗报销费用-其他途径给付的医疗费用。	基本医疗费用-起付线-医保报销	总金额50%	区内医院： （1）一级：（基本医疗费用-起付标准-医保报销）×100% （2）二级：（基本医疗费用-起付标准-医保报销）×100% （3）三级：（基本医疗费用-起付标准-医保报销）×25% 区外医院：（基本医疗费用-起付标准-医保报销）×10% 门慢诊断病种的药品费用实行50%的报销 重大疾病： 癌症、轻症癌症（基本医疗费用-医保报销-其他途径报销）×100% 特定癌症（住院医疗总费用-医保报销-其他途径报销）×100%
初诊恶性肿瘤慰问金	2000元	无	无	2000元
限额	3万	8万	不限	13万
赔付率	五年年内超资，平均173.92%	五年内三次超资，平均106.9%	五年内两次超资，平均112.71%	预计使用率95.3%

二、本方案亮点

（一）困难群众医疗费用 100% 报销

区内困难群众患者通过基本医疗保险、大病医疗保险、医疗救助、以及本次“二次报销”方案，实现医疗费用 100% 报销，彻底解决困难群众患者的医疗负担，避免困难群众因病加重生活困难。

（二）区内医院“一站式”便捷报销

通过我公司处理系统与医院 HIS 系统对接，实现同时进行医保登记和二次结算登记，出院时可实现医保结算完成后马上进行二次报销结算，实现“一站式”便捷报销。

（三）提高参保人住院（门特）报销比例

南沙城乡居民“二次报销”方案进一步健全多层次医疗保障体系，有效减轻南沙区人民群众大病医疗费用负担，解决因病致贫、因病返贫问题，政策实施后，总体报销水平可以提升约 10%。

报销比例对比表

区属	医院级别	实施前		实施后	
		成年人	未成年人	成年人	未成年人
区内	一级医院	90%	90%	100%	100%
	二级医院	80%	85%	95%	100%
	三级医院	60%	70%	70%	80%
区外	一级医院	90%	90%	95%	95%
	二级医院	80%	85%	85%	90%
	三级医院	60%	70%	65%	75%

（四）降低癌症患者医疗费用负担

方案中增加了轻症癌症、癌症，特定癌症的报销，解决了大部份参保人因癌症而增加的医疗费用负担，男性、女性、儿童的特定癌症报销比例可以高达到 100%。

（五）增加门慢参保人报销额度

城乡居民医保的报销额度已经不能满足现行诊疗需求，方案增加了门慢报销额度，提升了门慢病人对诊疗需求。

项目	调整前	调整后	备注
门慢	50 元/病种·月	150/病种·月	参保人最多可选择其中 3 个病种

（六）合理使用区内医疗资源

方案中设置了区内区外、各层级医疗机构的差异化报销比例，完善差异化医疗保障，是“健全分级诊疗体系”的重要组成部分，促进城市优质医疗资源的基础有效转移，提升基层的服务能力，让区内老百姓在家门口就能享受到优质医疗服务及保障。

三、项目意义

（一）基层医疗救助可持续发展更科学

南沙区作为国家自贸试验区之一又是规划中的粤港澳大湾区重点合作示范区，区政府积极响应习近平总书记十九大号召，结合粤港澳大湾区的重大发展战略，在全国创新推行

的南沙区重大疾病“二次报销”医疗救助项目，是社会医疗辅助保障体系的先行军，是民生工程的一项重大举措。

（二）分级别实施医疗救助扶贫更精准

通过二次报销、重大疾病分级别精准医疗救助，有效实施国家推行的精准扶贫项目，基金得到合理使用，困难群众基本生活得到有效保障。

（三）合理使用区内医疗资源保障更全面

“一站式”结算便捷服务患病民众提供便利的报销流程，分级别医疗保障和特定病种医疗保障，使区内医疗资源得到有效配置和优化，解决群众的医疗保障问题，使老百姓获得感、幸福感、安全感更加充实、更有保障、更可持续。