# 医保局2024年医疗保障政策宣传工作总结

来源：网友投稿 作者：尘埃落定 更新时间：2024-06-28

*工作总结，以年终总结、半年总结和季度总结最为常见和多用。下面是本站为大家带来的医保局2024年医疗保障政策宣传工作总结，希望能帮助到大家!　　医保局2024年医疗保障政策宣传工作总结　　2024年，市医保局在市委、市政府的正确领导下，省局、...*

工作总结，以年终总结、半年总结和季度总结最为常见和多用。下面是本站为大家带来的医保局2024年医疗保障政策宣传工作总结，希望能帮助到大家![\_TAG\_h2]　　医保局2024年医疗保障政策宣传工作总结

　　2024年，市医保局在市委、市政府的正确领导下，省局、苏州市局的关心指导下，认真贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，深入落实习近平总书记视察江苏重要讲话指示精神，紧紧围绕贯彻落实中央深化医疗保障制度改革的决策部署，坚持以人民为中心的发展思路，瞄准目标，点燃激情，积极践行“阳光医保·守护健康”机关服务理念，为人民群众提供更加公平、更有效率、更多精准的医疗保障服务，全力开启新时代昆山医保事业发展新局面。

>　　一、医保基金运行总体平稳，征缴扩面工作成效显著

　　我市职工医疗保险、居民医疗保险参保人数分别为157.05万人、25.58万人，医保参保率达99%以上。在今年新冠肺炎疫情影响下，医保总参保人数不降反升，同比增幅达2.7%。职工和居民基本医保基金当年收入分别为50.41亿元和3.08亿元；职工和居民基本医保基金当年支出分别为42.34亿元和1.89亿元；当期结余职工和居民基本医保基金分别为8.07亿元和1.19亿元；累计结余职工和居民基本医保基金分别为75.11亿元和3.6亿元。

>　　二、重点工作落实落细，各项目标如期完成

　　（一）以精准施策为第一责任，着力完善医疗保障体系，进一步提高我市医疗保障水平。一是积极稳妥推进基本医疗保险和生育保险苏州市级统筹。苏州市级统筹从2024到2024年历时3年完成，实现基本政策、待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理、信息系统“六统一”，涉及我市182万参保人群。根据苏州市级统筹实施意见和待遇标准调整方案明确的重点工作任务及我市实际，制定我市具体实施方案，出台《昆山市基本医疗保险和生育保险市级统筹实施方案》（昆政办发〔2024〕88号），确定“路线图”、绘好“时间表”、制定“任务书”。强化宣传引导，借助各类媒体渠道，压实稳定责任，营造良好社会氛围和舆论环境；顺畅落地今年政策调整，提高居民医保住院报销比例。在贯彻上级政策的同时，争取我市利好政策，率先将居民医保在苏州范围内门诊医疗费用纳入报销范围，惠及参保人群25.58万；率先简化办理苏州大市范围内异地就医转诊手续。二是全力打造长期护理保险“昆山样板”。落实苏州市长期护理保险第二阶段试点工作要求，做好第二阶段承办商业保险公司招标，按照分类分步推进思路，调整优化筹资渠道，降低失能鉴定准入门槛，提高待遇标准，加强长护险基金稽核检查，进一步提高长护险惠及面和服务质量，推进居家医疗护理。全年受理申请0.75万人，进行失能评估0.68万人，享受长护险待遇1.01万人。全市已有6家护理院、15家居家护理机构纳入长护定点机构，设立113个居家护理站点。商保承办机构在各区镇设立长护经办窗口和护理机构经办服务点，构建城乡“一体化”的长护服务体系。三是积极构建第四重医疗保障。协同推进商业健康保险发展，通过微信公众号官方解读“苏惠保”等商业健康险，进一步完善健康险与基本医保经办对接和待遇衔接。调整优化职工医保个人账户购买商业健康保险产品目录，增补至9家商保机构18个商业健康保险产品。

　　（二）以改善民生为第一要务，瞄准民生靶心，抓“六保”促“六稳”。一是全力做好困难群体“兜底”医疗保障工作。着重做好基本医保，特别是大病保险、医疗救助这三重保障。启动对困难人群、失水渔民参保情况开展回头看，加强与民政、农业农村局等部门配合，建立健全数据交换、相互比对机制，确保困难人员一个不漏全部参加基本医保。将困境儿童纳入我市“零自负、零起付”的“双零”医疗救助范围，落实居民医保高血压、糖尿病“两病”用药保障机制，减轻慢病患者门诊用药负担，大病保险政策范围内报销比例稳定在60%以上，职工医保和城乡居民医保政策范围内住院医疗费用平均报销比例分别达91%和76%。今年，共16.14万人次享受各类医疗救助金1.37亿元。二是及时落实职工医保费阶段性减半征收政策。2024年2到6月份，对我市职工医保的单位缴费比例，由阶段性降费之前的8%，减半至4%征收。全年，为全市7.9万家企业减少医保缴费11.7亿元。三是认真落实确诊和疑似患者“一站式”医疗费用综合保障政策。对确诊和疑似新冠肺炎患者的医疗费用，在基本医保、大病保险、医疗救助等按规定支付后，个人负担部分由就医地财政予以补助，确保患者不因费用问题影响就医，确保收治医疗机构不因支付政策影响救治。四是坚持问题导向，出台多项医保经办服务新举措。疫情期间，建立完善参保群众“用药不断”机制，对高血压、糖尿病等慢病人员，将原来1个月的配药量放宽至3个月；新上线居民医保参保微信小程序；对回外地老家突发疾病住院的参保人员，“一个电话”就能办理异地就医直接结算手续。五是统筹做好疫情常态化防控工作。将住院以及门诊发热病人核酸检测费用纳入医保结算。6月初，有序恢复春节后因疫情影响暂停的长护险居家护理工作，严格督促商保经办机构和护理机构，按照要求认真做好疫情常态化防控工作。

　　（三）以改革创新为第一动力，聚焦释放红利，全面推进医保重点领域改革。一是不断深化医保支付方式改革。完善医保总额预算管理，强化考核评价机制。进一步推进按病种付费，扩大按病种付费病种数量至250种，提高按病种付费基金支出占住院统筹基金支出比例。试行慢性精神疾病等长期住院按床日付费。推进和完善家庭医生诊疗、家庭病床医保支付等医保支持政策。二是建立完善医保支付规则体系。完善医保目录管理、“两定”协议管理、结算管理。新纳入医保药品8867个，谈判药共118个，移出医保目录药品4430个。细化医保药品支付标准，8月1日起，对省阳光采购平台挂网的医保目录内的药品，以中标价加成15%为医保支付限价，超出支付标准的个人自付，合规自费费用累计进入大病保险，进一步规范定点医药机构的药品销售行为，引导合理用药。三是大力推进医药服务供给侧改革。大力推进药品（医用耗材）联盟带量采购，7批次共涉及11个品种医用耗材、112个品种药品，年节省医疗费用1.5亿元。在全省范围内率先将药品（医用耗材）集中采购医保基金预付比例从30%提高至50%，有效缓解医院和药企运行压力，充分保障中选品种的正常供应和使用。定期监测和通报药品（医用耗材）集中采购使用情况，确保集中采购成果落地执行。四是协同做好疫情期间药品（医用耗材）临床供应保障。对未在省平台挂网的疫情防控必需药品（医用耗材），允许公立医疗机构线下搜寻生产企业，公平协商确定采购价格，先应急采购使用，再履行线下应急采购备案手续，满足疫情防控需求。全年，共受理884万元防疫必需产品的备案。五是创新医药价格监管模式。率先在全省范围内委托第三方开发医药价格嵌入式预警管理系统，并在市第一人民医院试点运行，运用信息化手段为医院提供医疗服务项目“标准库”、设置项目价格调整“提示器”、打造价格事项办理“快速道”、筑牢医药价格预警“防火墙”，从源头上规范医疗收费行为。

　　（四）以基金安全为第一目标，重拳打击欺诈骗保，有力保障人民群众“救命钱”。一是注重媒体融合，开展“一体化”集中宣传。5月开展医保基金监管宣传月活动，联合电视、微信公众号、报社等媒体平台，通过发放宣传资料、播放宣传片等方式，重点宣传基本医疗保障基金监管相关法律法规、保障待遇政策和服务管理规定等，营造全社会共同关注维护医保基金安全的良好氛围。二是创新基金监管手段，组建“一张网”监管体系。对全市762家定点药店和262家定点机构进行了全覆盖检查，对全市销售金额排名在前20位的药店做了现场专项检查，根据举报、现场调查、远程视频监控，查处违规定点医药机构5家；贯彻落实医疗保险药品限制使用范围及医保支付标准，严格按照文件要求执行药品限价政策；进一步完善医保智能审核规则，实现对762家定点零售药店，262家定点医疗机构医保智能审核全覆盖，上线审核规则扩大到56个；签署医保医师、医保药师防范欺诈骗保诚信自律承诺书，依靠社会力量参与医保基金监督，聘请热心医保事业的人大代表、政协委员、专家学者等作为医保基金监督员。全年取消医保定点1家、暂停医保协议管理6家，暂停医保卡结算430人,追回各类违规费用297万元。三是加强部门联动，形成“一盘棋”工作机制。强化与市场监管、卫健、公安、法院等部门联动，探索建立与检察院、法院紧密的联席会议、案件协查、信息共享、培训共建机制。加大对外伤病人划卡支付的医院端审核和违规费用追偿，与市公安交警部门交换和双向核对外伤划卡信息1600人。四是推进源头治理，构筑“一道卡”监管防线。制定定点医药机构违规行为治理清单，指导1024家定点医药机构开展自查自纠，对照排查和整改问题，主动退回违规费用。对二级及以上医疗机构上门送政策，开展业务政策培训和实践指导，帮助定点机构提升医保治理能力和管理水平。

　　（五）以群众满意为第一标准，聚力“提站位、创一流、惠民生”，提升医保服务质量。一是打赢公共服务专项治理攻坚战。落实全省统一的医疗保障公共服务事项实施清单和办事指南，深入推进医保经办规范化、标准化、信息化、一体化建设，确保实现“最优办事流程、最短办事时限、最少提供材料、最小自由裁量、最高服务效率”的“五最服务”。二是纵深推进异地就医工作。以百姓“需求度高”“体验性强”“获得感足”的医保公共服务项目为突破点，落实异地就医差别化报销新政，对未备案人员按原规定结付比例80%结付，统筹推进异地就医和分级诊疗建设。将我市126家基层社区卫生服务站纳入异地就医联网结算范围，扩大我市异地就医持卡结算医疗机构范围。加快推进长三角地区医保互联互通。优化流程，完善信息建设，异地就医门诊慢性病、部分门特项目、社会医疗救助待遇实现同步“一站式”结算，全力提升异地就医门诊费用直接结算率。三是持续做优医保服务。推进“放管服”改革，完善医保网上服务大厅和“医银平台”建设，力推政务一张网“网上办”、微信公众号“掌上办”、自助服务机“自助办”。医保业务前沿下沉区镇，10万元以下医保费用报销、社保转移凭证等业务实现区镇受理全覆盖，将医保窗口建在“家门口”、服务送到百姓心坎上。在原职工医保II类特殊病种医院交互平台办理基础上，进一步下沉I类特殊病种业务至医院端交互平台办理。对特病人员二次报销直接划卡限额由2万元提高至5万元。四是全力打造“智慧医保”。打出“互联网+”医保组合拳，将疫情期间网络问诊等“互联网+”医疗服务费用纳入医保支付范围，积极推动23项医保公共服务事项不见面办理；推行生育医疗费用直接持卡结算，做到“不垫资”，借助大数据比对，直接支付一次性营养补助和生育津贴，做到“零跑腿”，新增产前检查费待遇项目，提高一次性营养补助标准至2112元，全面提升保障水平；实现门诊特殊病种患者购药通过药事平台医疗费用直接划卡结算，处方购药无需至经办机构报销。

　　（六）以强基固本为第一要义，着力系统规范，夯实医保基础工作。一是顺利划转经办机构管理职责。完成机构改革医保经办职能和人员管理职责划转工作，实体化运作医疗保障基金管理中心，努力建成高效统一完整的医疗保障体系。二是夯实意识形态工作。局党组认真落实意识形态工作责任制，出台《昆山市医保局党组落实意识形态工作责任制实施办法》等各项制度，成立意识形态工作领导小组，建立网评员队伍，将意识形态工作纳入年度考评，列入党组理论学习、党员干部教育培训的重要内容，定期分析研判意识形态领域情况并进行通报，牢牢掌握意识形态工作的领导权、管理权、话语权。三是推进依法行政工作。全面落实行政执法“三项制度”，制定实施医疗保障领域涉企轻微违法行为不予行政处罚和一般违法行为从轻减轻行政处罚清单，结合上级督查做好自查自纠。落实政策文件公平竞争审查制度，建立举报投诉处理与执法检查联动机制，全年处办各类咨询求助件7738件，群众满意度稳定在100%。四是加大宣传力度。与时俱进运用新媒体手段，积极开设“昆山市医疗保障局”微信公众号，打造政民互动“微窗口”。自开通以来，共发布文章116篇，解答群众提问5500余次，相关政策通过“昆山发布”等上级平台宣传报道8次。五是推动国家医保信息业务编码标准落地。完成医保系统单位、医保系统工作人员、定点医疗机构、定点零售药店、医保医师、医保护士、医保药师等7项业务编码标准信息的维护工作，扎实推进医疗保障信息标准化工作。

　　（七）以做亮党建为第一政绩，扛起硬核担当，筑牢硬核堡垒。一是狠抓责任落实，始终把党建工作摆在首位。严格执行“三会一课”制度，规范组织生活，开展形式多样的“主题党日”。坚持把党建制度建设贯穿于服务党员群众的每一个环节，力求形成用制度激励、靠制度管理、按制度办事的长效机制。健全党的组织建设，在市人社局28名涉改人员转隶市医疗保障基金管理中心后，选举成立支部委员会，党支部从2个调整为3个。树起“阳光医保·守护健康”党建服务品牌，坚持党建工作与业务工作同向发力，局党总支与大同社区开展共建，通过倾听基层的声音，了解医疗保障工作中的痛点、堵点，更有针对性地为人民群众服务。二是全力配合巡察，主动接受监督。把主动接受市委巡察及市人大常委会对医保局落实《政府工作报告》情况监督作为一项政治任务，作为发现问题、解决问题、推进改革发展和加强党的建设的重要机遇。紧紧围绕新时代医疗保障中心工作，压紧压实压细整改责任，把巡察及监督的成效体现到医保工作的实践中，真正做到两手抓、两手硬、两促进，推动新时代医保工作高质量发展。三是加强廉政建设，提升廉洁自律意识。着眼党风廉政建设责任制落实，层层签订责任书，形成党风廉政建设齐抓共管的良好局面。严格纪律约束，以平时考核月度记实单和日常绩效管理考核为抓手，严格请示报告和出差报销等制度，坚守廉政底线。四是比学赶超，党建工作再树品牌，医保服务再提标准。贯彻落实“民生幸福”党建联盟行动方案，开展现场集中服务，解决难点、堵点、痛点问题，共走访企业23次，走访居民5次，收集意见建议13条，形成1份“助企惠民”需求清单。参与“暖心党建·舒心服务——高质量机关党建优化营商环境”主题活动，制定“党建惠企”专项医保政策和服务清单，助推我市营商环境进一步优化。制定“弘扬‘昆山之路’精神 勇当热血尖兵”主题实践活动实施方案，配套细化工作计划表，学在深处，做在实处，确保学习教育不走过场。开展11场“进乡镇、进社区”长护政策、防疫知识宣传及义诊义剪等活动覆盖张浦、周市、锦溪、陆家、淀山湖等5个乡镇。召开“嘉定—昆山、青浦—昆山”医疗保障一体化暨党建共建、业务研讨会议，积极推进昆山、嘉定、青浦三地医保部门优势互补、合作共赢和党建工作互学共进。

**医保局2024年医疗保障政策宣传工作总结**

>　　一、2024年度主要工作

　　（一）突出党建引领，为民服务意识不断增强。

　　2024年，章丘区医保局持续深化“不忘初心，牢记使命”主题教育，对内，完善规章制度，严格纪律规矩，加强党员队伍管理，不断夯实政治基础；持续推行“三五”工作模式，开展“三亮三比”活动，提升服务效能。对外，扎实开展开展党组织、在职党员“双进”社区志愿服务活动，举办知识讲座、健康义诊活动，强化为民服务意识。

　　2024年，章丘区医保局积极争创省级文明单位，政风行风建设、智慧医保服务等多项工作经验被《中国医疗保险》、“学习强国”、“人民日报客户端”等平台刊发推广，多项工作经验在济南市医保系统内推广，实际工作中多次收到群众的感谢信、表扬件和锦旗。

　　（二）强化执行力，惠民政策全面落实到位。

　　积极推动多项医保惠民政策在我区落地、落实。完成医疗保险的市级统筹，让参保人享有与市区群众相同的待遇；将扶贫部门认定的建档立卡贫困人口全部纳入医疗救助；持续推进医保电子凭证在我区的推广应用，丰富应用场景，逐步实现就医、取药的“无卡化”。截至目前，职工医保基金支出3.49亿元（统筹基金支出1.82亿元，个人账户金支出1.67亿元），其中职工医保住院现金报销464人次，统筹金支付386.6万元，门诊慢性病审核报销637人次，统筹金支付146.1万元，普通门诊统筹签约21886人次，统筹金支付640万元，新冠肺炎核酸检测联网结算6196人次，统筹金支付36.64万元。居民医保住院统筹10.5万余人次，基金支付43815.7万余元，门诊慢性病统筹14.8万人次，基金报销4833万余元；门诊统筹106.7万人次，基金支付3463.4万余元；手工报销1629人次，基金支付649.7万余元。生育保险为全区6665人次发放生育保险待遇2789.1万元。医保经办业务成效显著，有力保障了参保群众的医疗待遇全面落实。

　　（三）优化经办流程，服务效能不断提升。

　　以便民、为民为原则，区医保局持续进行流程再造。不断深化“互联网+医保”、“智慧医保”服务，利用互联网受理申办资料，减少群众纸质证明，各项业务均能实现网上办、掌上办；率先完成医保电子凭证推广任务；设立12家医保工作站，将门慢申请、居民医保参保登记等多项业务下沉镇街；18个镇街卫生服务中心（卫生院）均实现了异地就医联网结算；利用信息化手段调取申请门慢待遇患者的病历资料，增设手机推送鉴定信息服务，切实落实让群众“只来一次，现场办结或网上办、零跑腿”的高效服务。

　　（四）坚决打赢疫情防控阻击战和医保脱贫攻坚战

　　新冠疫情期间，章丘区医保局不等不靠，开辟就医绿色通道，为全区群众撑起医疗保障的保护伞；向区内定点医疗机构预付医保资金3150万元，协调上级部门预拨1428万元，确保了各定点医疗机构的无资金压力。复工复产期间，实施阶段性降低缴费比例，延缓缴费申报期，全年降费减费7000余万元。

　　全面落实医保扶贫政策，贫困人员免缴参保，发放精准扶贫护理券，实施“一站式”救助；在全区范围内开展“四比对一排查”及党员干部“遍访贫困户”活动，发放、张贴宣传画7000份，确保医疗保险应保尽保，医保待遇应享尽享；摸排全区建档立卡贫困人员，对符合门诊慢性病条件的人员直接备案办理；对达不到办理门慢条件的高血压、糖尿病“两病”患者，主动调取系统数据，统一为该类人群办理居民“两病”门诊，切实减轻贫困人员经济负担。截止目前，全区17212名扶贫对象全部享受医保待遇，完成了建档立卡贫困人口100%参保硬任务，开展“一站式”即时结算救助11547人次，救助金额361.22万元，为1388名贫困人员办理了门诊慢性病待遇，为4920名贫困人员办理居民“两病”门诊备案。

　　（五）打击欺诈骗保，基金安全得到进一步保障。

　　多措并举，持续打击欺诈骗保行为。加大稽查稽核力度，成立案审委员会，规范办案流程；严格“五级联审制度”，主动邀请第三方机构进行基金内审，成立“医保专家库”，让欺诈骗保无所遁形。2024年，共检查协议定点药店222家、定点医疗机构143家、监督检查覆盖率达到100%，约谈并责令限期改正14家，暂停医保结算4家，解除协议1家，扣减、追回医保基金167.81万元。

　　（六）提升医保队伍素质，深化医保政策推广

　　坚持每周五下午召开“医保课堂”，定期举办“千人培训计划”，让每个人都成为医保的行家里手；启动医保“方桌会”、医保知识“六进”及“进门诊、进病房”活动，发放《医保政策问答》手册及医保知识宣传折页3万份；在《今日章丘》报开办“医保在线”专栏，录制“走进医保”栏目在章丘电视台播放，向全区90余万参保人全方位、多角度介绍医保政策，其网络点击量也高达100万人次；畅通信息渠道，开通医保热线，在微信公众号、医保APP等开设局长信箱，广泛听取群众意见建议；坚持问题导向，发挥人大代表、政协委员、医保“两员”、服务对象的社会监督作用，推动医保工作更好的发展。

>　　三、2024年工作计划

　　（一）抓好党风廉政建设，筑牢政治保障。坚持用习近平新时代中国特色社会主义思想武装头脑，进一步完善各项工作制度，推进机关工作有序开展。抓住关键少数、关键环节和重点领域，持续查找廉政风险，细化防控措施，打造干净担当的医保铁军。

　　（二）持续创新服务模式，不断提升营商环境。在“互联网+医保”上求突破，进一步完善医保体系，推动建立新型服务模式；持续推广医保电子凭证，在全区649家农村卫生所安装扫码设备，完成医保电子凭证在我区所有定点医药机构的使用；推进信息化建设，整合数据资源，开发医保“大脑”，发挥大数据分析、预警作用，打造不见面就医购药新模式；按国家局要求统一接入异地联网系统，实现参保人在全国范围内享受门诊统筹报销待遇；丰富拓展医保APP、微信公众号的使用功能，深入推进网上办、掌上办和不见面审批的深度和广度；在全区18个镇街的为民服务大厅设立医保工作站，与以前的医保办理窗口合二为一，承担医保办理的各项职能，切实做到打通医保为民服务的“最后一米”。

　　（三）织密基金监管网络，管好用好百姓“救命钱”。按照省医保局统一要求接入智慧监管软件及设备，实时监控各定点医院的医保政策落实情况，达到高效、全面，监管医保政策费用落实；巩固“五级联审制度”，邀请第三方机构进行基金内审，多维度保障基金安全；发挥“百名医保专家库”作用，提升专业化稽核水平；用好中公网、移动稽核、指静脉等智慧监管平台，加大智慧监管和在线实时监管，织密医保基金监管网络。

　　（四）持续巩固扶贫脱贫攻坚成果。把握政策导向和政策标准，对符合医保扶贫、医疗救助人员实现一站式网上审核；建立医疗救助长效机制，与全区扶贫工作、乡村振兴战略紧密衔接，强化部门联动，充分发挥医疗救助托底保障作用，最大限度减轻困难群众的就医负担，防止因病致贫、返贫现象的发生。

**医保局2024年医疗保障政策宣传工作总结**

　　为切实提高城乡居民对医保政策的知晓率和群众满意度，县医保局多措并举，不断加大医保政策宣传力度，力争让医保政策家喻户晓、深入人心。

　　一是健全机制。紧密结合国家和省、市医保政策，立足我县实际，按照上级业务部门的要求，健全医保宣传工作机制，成立医保政策宣传领导组，明确职责、合理规划，制定宣传方案,落实责任，把医保政策宣传作为落实医保惠民政策的根本途径和重要抓手。

　　二是突出重点。及时转发和学习国家和省、市医保局调整的最新政策，特别是加强医保基金监管的意见等重点内容，采取召开座谈会、讨论会、举办培训会等多种形式，贯彻学习相关政策知识，做到心中有政策、审核有标尺，确保医保惠民基金每一分钱都能用到刀刃上。

　　三是丰富载体。县医保局积极主动协调县融媒体中心和大数据中心，督促全县定点医疗机构和零售药店，充分利用广播电视、QQ、微信、门户网站、经办窗口、宣传栏等多种渠道，以多种形式向广大城乡群众宣传医疗保障政策法规，今年以来共计发放宣传资料100000余份，制作展板、悬挂条幅300余块(条)，接受群众咨询5000余人次。

　　四是以查促改。县医保局在做好面上宣传的同时，采取抽查病历、现场询问、身份核对、电话回访等多种方式，严查定点医疗机构和定点零售药店存在的违规行为，并采取下发问题整改通知、拒付违规费用、暂停和解除服务协议等措施，让定点医疗机构和药店认识到自身存在的问题并及时整改，以查促改，提升医保政策知晓率和执行力。

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找