**文件**

**温州市人民医院**

**温州市妇幼保健院**

温人医办字〔2018〕65号

|  |
| --- |
|  |

**关于印发《医疗保险管理条例（2018版）》的**

**通 知**

各科室：

现将我院《医疗保险管理条例（2018版）》印发给你们，请认真贯彻执行。

温州市人民医院

2018年6月1日

**温州市人民医院 温州市妇幼保健院**

**医疗保险管理条例**

为了更好落实《温州市全民基本医疗保险办法的通知》（温政发〔2018〕1号）、《温州市基本医疗保险定点医疗机构管理办法》（温劳社医〔2007〕210号）和《温州市基本医疗保险付费管理办法（试行）》（温人社发〔2013〕237号），《温州市基本医疗保险医师服务资格管理办法》（温人社发〔2014〕311号），《关于加快推进医保智能监管平台建设的通知》（温人社发〔2015〕150号等文件，我院将在原有《医疗保险管理条例》的基础上重新修订了2018版医疗保险管理条例，具体如下：

一、医疗保险基础管理：

1．医保管理体系。设立医院医保管理委员会，由分管院长直接负责；设立医疗保险管理办公室，具体负责本院医疗保险日常管理工作；门诊大厅设立医保窗口，实时审核特慢病相关费用、出院患者的限条件使用的费用，现场解决就医过程中遇到的相关问题；临床科室由科主任和护士长、医保联络员协助管理。

2．医保管理制度。医保办公室有明确的岗位职责，健全的与医疗保险管理相适应的内部管理制度和相应措施、应急预案。将医疗保险各项考核指标纳入医院整体考核管理体系，有明确的奖惩办法。

3.医保政策宣传。以宣传栏、电子屏、院内网、微信、周会传达等方式，及时宣传医保政策，不定期组织医务人员学习医疗保险相关政策和业务流程，及时贯彻落实医疗保险有关规定，按照医疗保险政策规范医疗行为，不以社保定点的名义从事商业广告或促销活动。

4.公开收费项目。配合物价做好医疗保险收费项目公示，公开医疗价格收费标准及医保支付比例，设置“医疗保险政策宣传栏”，公布咨询和投诉电话，及时准确处理参保人的投诉，努力化解矛盾，保证医疗保险各项工作的正常开展。

5．完成协议签订。维护医院与参保人的权益，按时与市医保中心签订医疗保险定点服务协议，按照协议规定履行相应权利和义务。

二、医疗保险服务管理：

1．规范医疗行为。接诊医护人员应校验社会保障卡和医疗证，做到人、证、卡相符，不允许或纵容冒名就诊。记载病历要清楚、完整、真实。因病施治，不重复检查、不过度医疗。医师要严格掌握医疗保险参保人的出入院标准，符合出院条件应及时办理出院。不推诿参保人、拒绝挂名住院。

2．严格控制药量。基本医疗保险参保人员门诊处方一般不能超过7日用量，急诊处方一般不超过3日用量；住院医保病人出院带药标准：急性病不超出7天的量，患有社保规定需长期服药的慢性病、特殊病放宽至一个月，有特别需求的慢性病可放宽至12周用量，同时医生须在病历上按慢病用药管理要求明确书写相关内容。抗菌素的使用按卫生部和我省有关抗菌药物临床合理应用管理规定。对于复诊病人用量要参考前次病历记录进行调整。

3.医保智能监管平台的建设。积极配合医保经办机构，信息科做好医保智能监管的接口工作，开通所有门诊医生工作站的智能监管事前提醒功能，医生严格按医保政策要求做好事前的费用控制工作，保证医保基金的有效使用。

4.医保拒付项目。对医保不支付的病种如：斗殴、违法犯罪、大面积食物中毒、交通事故、医疗事故及其他赔付责任发生的费用和其他按规定不予支付的医疗费用，接诊医生应严格把关，病历书写真实明确，财务人员拒绝刷卡记帐。工伤、生育及计划生育医疗费用按社保规定执行。

5．外配处方管理。加强对外配处方的管理, 不拒绝参保人员要求到定点零售药店购药，但要求如实书写病历及纸质处方，执业医师本人签名盖章，由医保窗口加盖外配处方专用章。

6．转诊转院管理。在我院就诊后的疑难病症转外就医，严格按医保政策执行，临床医师开具转院单，科室行政主任签名并盖章，最后由医保办把关并转诊。

7．医保费用审核。大病用药、限量限病种的药品与材料、限时治疗的审批及备案工作由医院医保窗口审核与落实。并做好医保患者出院前重点费用的审核，医保费用必须与实际操作相符，杜绝因费用引起的投诉与纠纷。

8．一卡通的实施。除生育、工伤、有赔付的外伤及医保规定不能刷卡以外，省内持市民卡的参保人均可以在我院门诊（城乡居民门诊异地不享受）与住院实时就医（特殊病门诊只能在本地区享受）。接入全国异地就医平台，协助做好跨省异地就医病人住院费用实时刷卡结算工作。

9.深化医保支付方式改革。 严格按照医保经办机构协议，平稳运行医保总额预算管理，定期总结与分析单病种费用情况，开通日间手术与预住院管理，控制医疗费用不合理增长。

三、目录与数据库的管理和维护：

1.药品目录库的维护。结合国家及浙江省《基本医疗保险和工伤险药品目录》，做好药品编码的对应工作，医务人员按目录内药品的适应证和限定范围为患者服务。控制同类药品中高价位药品的比例，参保人员目录外药品费用占总药品费用的比例应控制在10%以下。自费的贵重药品使用需事先填写《医保医疗自费项目用前谈话记录》，参保人员或其亲属签字同意后方可使用。基本医疗保险药品目录内药品备药率西药达到75%以上、中成药达到50%以上。

2.材料目录库的维护。按医保政策严格控制高值耗材的使用，新增材料使用前必须做好申报与编码的匹配工作。自费使用目录外贵重材料要事先征得患者（家属）的同意并签名留档。

3.诊疗目录库的维护。已开展的医疗服务项目中，基本医疗保险服务项目所占比例要达到80%以上。严格按规定项目收费，自费项目不能套用医保项目收费，不擅自提高收费标准、扩大或分解收费项目、重复收费等。对于新开展的项目，未列入省标范围的诊疗项目要上报市社保部门，不得随意收取费用。

4.诊断目录库的维护。全面启用《疾病分类与代码（GB/T14396-2001）》，做好疾病分类与代码的对应工作，使疾病诊断与医疗费用实时顺利上传并结算。

5.医师信息库的维护。执行《温州市基本医疗保险医师服务资格管理办法》，做好执业医师与医保经办机构的协议签订，建立医生信息档案库，并做好培训及宣传工作，医师自觉遵守医保政策，不违规行医。

四、基本医疗保险信息管理

1．专人信息维护。配备专职医保信息管理人员，加强系统的管理和日常维护、流程的改造。及时、准确地向医保管理部门传输医疗费用明细，按要求设置《温州市基本医疗保险医疗费用核对表》（门诊与住院），做到数据统计口径完全一致，完成每日费用对帐，做到帐目一日一清。

2.保持网络通畅。信息人员24小时值班，全国一卡通就医过程中出现问题，必须及时有效与各地信息联系，保证患者就医通畅。

3.保证网络安全。计算机管理系统符合医保管理部门的规定，按要求及时调整，医院内网不接入互联网。

五、基本医疗保险监督管理

1．配合部门检查。积极配合人社局、卫计、药品监管、物价部门和医保经办机构的监督检查和年度审查。及时完成每月医疗保险费用剔除的反馈工作，如实提供相关材料。

2．定期自查工作。根据医保政策做好自查工作，定期对临床科室医保政策执行情况进行随机检查。对违反医保规定者周会通报批评，并给予相应的经济处罚，并追踪复查直至合格。

3. 落实剔除费用。医保中心按月对医疗费用实行智能审核，对违规的费用予以剔除，被社保剔除的费用经核实后，药品与材料的费用落实到责任人（门诊扣个人，住院扣其负责的小组），诊疗服务费用扣相应科室收入。对于医务人员串通参保人员骗取医疗保险基金的，除追回被骗取的医疗保险基金外，按社保规定扣除当事人1—3倍的费用。

本条例下发之日开始执行。与本条例有冲突的以本条例为准。

|  |
| --- |
| 温州市人民医院办公室 2018年6月1日发 |