

定点医疗机构医疗保障管理与服务规范

Specification for fixed medical organization's medical security
management and service

2023 - 02 - 21 发布

2023 - 03 - 23 实施

前 言

本标准按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本标准的某些内容可能涉及专利。本标准的发布机构不承担识别专利的责任。

本标准由浙江省医疗保障局提出并组织实施。

本标准由浙江省医疗保障标准化技术委员会归口。

本标准起草单位：浙江省人民医院、浙江省标准化研究院、浙江省医疗保障事业管理服务中心、杭州市医疗保障管理服务中心、慈溪市卫生健康局。

本标准主要起草人：朱佳英、孟旭莉、许伟、刘文英、吴建苗、来恺、阮卓一、郑培、徐林珍、林敏、倪志颖、谢菊仙、邵莹、周娟华、吴凤琴、杜金相、谢俊明、管月帆、陆骏、吴璐璐、高奇隆、杨红叶、应信忠。

定点医疗机构医疗保障管理与服务规范

1 范围

本标准规定了定点医疗机构医疗保障的组织与人员、目录维护与管理、价格管理、基金内控管理、就医服务、信息化保障、安全与应急、沟通协调、评价与改进、档案管理等内容。

本标准适用于二级及以上定点医疗机构开展医疗保障管理和服务。其他类型的定点医疗机构可参照使用。

注：本标准中的“定点医疗机构”简称为“机构”，“医疗保障”简称为“医保”。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本标准必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本标准；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本标准。

- GB/T 10001.6 标志用公共信息图形符号 第6部分：医疗保健符号
- GB/T 15566.6 公共信息导向系统 设置原则与要求 第6部分：医疗场所
- GB/T 20008 信息安全技术 操作系统安全评估准则
- GB/T 20269 信息安全技术 信息系统安全管理要求
- GB/T 30240.7 公共服务领域英文译写规范 第7部分：医疗卫生
- GB/T 31458 医院安全技术防范系统要求
- WS 445（所有部分） 电子病历基本数据集
- WS/T 500.32 电子病历共享文档规范 第32部分：住院病案首页
- WS/T 500.33 电子病历共享文档规范 第33部分：中医住院病案首页
- 国家医疗保障局令第2号 医疗机构医疗保障定点管理暂行办法
- 医保发〔2021〕50号 国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

3.1

定点医疗机构 fixed medical organization

自愿与统筹地区医保经办机构签订医保协议，为参保人员提供医疗服务的机构。

[来源：国家医疗保障局令第2号 《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第五十一条]

4 组织与人员

4.1 组织管理

4.1.1 应根据医保、卫生健康、市场监管等主管部门印发的相关政策文件，结合机构实际需要，建立机构医保管理和服务制度，包括目录管理、价格管理、就医管理、病案管理、信息化管理等内容。

4.1.2 应制定专（兼）职医保管理岗位手册，明确岗位职责、工作规范等内容。

4.1.3 应对医保医师、医保护士等医保管理和服务相关人员进行资质审核、信息申报、登记备案、变更等。

4.2 人员要求

医保管理和服务人员应符合以下基本要求：

——具备大专及以上学历，具有医疗、公共卫生、社会保障、经济管理、统计、信息化等相关专业知识；

——熟知医保管理相关法律法规、政策文件以及机构内部医保管理和服务制度、业务经办流程；

——除满足岗位所需的专业知识外，需具备计算机操作技能以及与有关主管部门、医保经办机构、医务人员、参保人员等沟通协调的能力；

——具备医保管理和服务所需的职业道德素养、工作责任感、服务意识以及团队协作精神，诚实守信、廉洁自律，穿戴整洁、言行举止文明得体；

——主动学习新知识、新技能、新政策，参加医保管理和服务相关政策、专业知识、岗位技能等的教育培训，并通过考核。

5 目录维护与管理

5.1 药品目录

5.1.1 应根据《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以下简称《药品目录》），制订并及时调整、优化机构内部药品目录。

5.1.2 应安排药学专职人员负责机构内部药品目录的日常维护，根据相关规定动态维护药品编码、规格、剂型、价格、适应症（含医保限定使用范围）、处方量等关键信息和数据，实行双人核对和检查，数据审核中应保留审核或修改痕迹，相关数据应与国家、省药品目录保持一致。

5.1.3 应根据会计制度有关规定建立相应的会计账目，实行药品“进、销、存”管理。

5.1.4 应按照国家 and 省级医保谈判药品“双通道”管理要求，召开药事管理委员会相关会议，按照不同医疗机构谈判药品配比要求，增减谈判药品品种。

注：“双通道”是指通过定点医疗机构和定点零售药店两个渠道，满足谈判药品供应保障、临床使用等方面的合理需求，并同步纳入医保支付的机制。

5.1.5 医保就医服务过程中，在保证诊疗效果的前提下优先使用《药品目录》范围和国家、省集中采购的药品。

5.1.6 应遵循《药品目录》内药品的限定使用范围，并留存用药依据。

5.1.7 应制定特药、出国（境）带药的备案流程，明确备案条件、办理部门、所需资料、剂量限制等要求。

5.1.8 应开展各类重点药品监控、辅助用药提醒和点评等，开发各类重点药品监控、辅助用药提醒等功能模块，定期统计和分析机构用药情况，发现不合理用药及时整改。

5.2 医用耗材目录

5.2.1 应根据国家和省医保相关政策，建立医用耗材采购、销售、储存、使用等管理制度，实行医用耗材“进、销、存”管理。

5.2.2 应安排专职人员负责医用耗材厂家、编码、规格、价格、适用症等医用耗材信息数据的动态维护，医用耗材信息数据应与国家、省医用耗材目录保持一致。

- 5.2.3 应实行双人核对和检查，保留医用耗材数据审核或修改痕迹。
- 5.2.4 应按规定调整医用耗材库的品种结构，控制医用耗材成本。
- 5.2.5 应优先使用国家及省级集中采购的医用耗材，不应串换医用耗材、医疗服务项目和服务设施收费。
- 5.2.6 应开展各类重点医用耗材的监控，定期统计和分析各科室医用耗材使用情况。

5.3 医疗服务项目目录

- 5.3.1 应根据《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》等规定，安排专职人员动态维护机构内部医疗服务项目目录中的名称、单位、价格、编码、医保适应症等医疗服务项目信息数据，实现医疗服务项目信息数据与国家、省医疗服务项目目录保持一致。
- 5.3.2 应实行双人核对和检查，保留医疗服务项目数据审核或修改痕迹。
- 5.3.3 应建立医疗服务项目（包括自主定价项目）内部增减与调整的审批制度，制定医疗服务项目目录准入流程。

6 价格管理

6.1 项目新增与完善

- 6.1.1 应制定医疗服务项目价格新增申报审批流程，明确申请环节、办理部门、所需资料、时间周期等要求。
- 6.1.2 应根据上级主管部门要求及临床需求，申报新增医疗服务项目，开展项目成本测算。
- 6.1.3 应制定新增、调整与停用医用耗材收费项目流程，及时维护医用耗材目录。
- 6.1.4 对于临床申报新增的医疗服务项目，未经立项的不应擅自收费。

6.2 价格执行

- 6.2.1 应执行价格主管部门发布的医疗服务项目价格、医保药品、耗材支付标准等文件。
- 6.2.2 应遵照医嘱或护理记录收费，规范医疗收费行为，不应分解收费、重复收费、超标准收费等，发现问题应及时纠正。
- 6.2.3 因诊疗计划变动，对于已收取但未发生的医疗费用，应按原途径退还。
- 6.2.4 使用基本医疗保险不予支付的药品、医用耗材与医疗服务项目（单价在 200 元以上或单价在 200 元以下但累计超过 200 元以上的）应实行事先告知并征得参保人员同意。
- 6.2.5 应定期开展药品、医用耗材与医疗服务项目价格自查、汇总、分析和记录，对自查中发现的问题及时整改。

6.3 价格公示及投诉处理

- 6.3.1 应通过官方网站、公示栏、电子屏幕、电脑查询系统等渠道公示药品、医用耗材和医疗服务项目的名称、计价单位、单价等信息，并告知投诉途径。
- 6.3.2 应向参保人员如实提供医保结算单、项目明细费用价格清单等材料。
- 6.3.3 应设专职人员负责接待参保人员价格咨询和投诉，制定投诉处理流程，及时反馈投诉处理结果。

7 基金内控管理

- 7.1 应落实医保主管部门的基金管理要求，管理本机构内部医保基金使用情况。

- 7.2 应建立药品、医用耗材合理使用与医疗服务项目规范开展的服务管理制度，根据医保相关规定制定操作规程。
- 7.3 应安排专人负责医保基金使用的自查自纠。
- 7.4 应定期检查药品、医用耗材的“进、销、存”情况，及时发现、整改医保基金使用不规范的行为。
- 7.5 应根据医保经办机构要求开展日对账、月对账，按时向医保经办机构申请医疗费用拨付。
- 7.6 对于医保经办机构预扣的不合理医疗费用，业务科室相关人员或医保兼职管理人员应及时提供申诉材料；医保审核反馈专职人员应根据材料及时申诉，并将医保最终扣款情况反馈至相关科室，同时开展扣款原因分析及整改。
- 7.7 应根据医保支付方式改革的要求，在保证医疗服务质量的前提下开展成本管理与费用控制。

8 就医服务

8.1 基本要求

- 8.1.1 应在基本医疗保险服务项目和医保协议规定范围内，根据因病施治、合理检查、合理治疗等原则为参保人员提供医疗服务。
- 8.1.2 应查验参保人员在其他定点医疗机构的诊疗结果，实现诊疗信息互认。
- 8.1.3 就医服务时应通过医保业务综合服务终端，核验医保经办机构返回的参保人员身份，做到身份相符、信息完整。
- 8.1.4 应制定异地参保人员的就医服务流程。
- 8.1.5 应运用信息化技术和终端开展电子病历应用，规范书写病历病案，做到完整清楚、真实准确、妥善保管，并符合 WS 445（所有部分）、WS/T 500.32、WS/T 500.33 等的规定。
- 8.1.6 应建立参保人员转诊转院制度，明确备案部门、科室、人员以及正常、非正常、急诊情况下转诊转院所需的手续、材料、范围。
- 8.1.7 应畅通双向转诊转院通道，及时为符合条件的参保人办理转诊转院手续。
- 8.1.8 提供外伤诊疗的机构应制定外伤参保人员就医备案流程，审核外伤参保人员伤情原因、经过等内容并备案。
- 8.1.9 应为参保人员提供医疗费用实时结算服务，包括窗口结算、自助机结算、移动终端结算、诊间结算等多种结算方式。
- 8.1.10 应制定并公开医保结算流程，并明确医保结算环节、支付类别、支付比例等内容。
- 8.1.11 应开展医保电子凭证结算服务，开通“互联网+医保”移动支付服务功能，支持医保电子凭证在线预约挂号、就医、医保信息查询、费用结算等功能。
- 8.1.12 不应收集、留存参保人员医保有效凭证。

8.2 窗口服务

8.2.1 窗口设置

- 8.2.1.1 应设置医保相关服务窗口，提供医保咨询、医保备案等服务。其中：
 - 医保咨询服务包括医保政策、价格政策、就医流程、医药费用、医保结算等信息的告知与答疑服务；
 - 医保备案服务包括门慢特病、特检特治特药、罕见病、外伤、转诊转院等医保业务的备案服务。
- 8.2.1.2 应制定医保窗口服务规范和医保业务办理流程，规范窗口岗位职责和服务用语。

8.2.2 标识标志

8.2.2.1 应在机构内外部悬挂“医疗保障定点医疗机构”专用标识标牌。

8.2.2.2 医保专用标识标牌设计应与机构视觉形象识别系统相统一，并符合 GB/T 10001.6、GB/T 15566.6 等要求。

8.2.3 信息公开

8.2.3.1 应制定机构医保信息公开目录，做到应公开尽公开。

8.2.3.2 医保信息公开内容应根据政策文件、医疗服务项目情况等及时调整，公开内容包括医保政策文件、药品目录、医疗服务项目目录、医保服务就医流程、咨询电话、投诉方式等。

8.2.3.3 应通过机构网站、公示栏、电子屏幕、电脑查询系统、医保宣传资料等渠道公开医保政策、医保管理和服务相关信息。

8.2.3.4 医保信息英文译写应符合 GB/T 30240.7 的规定。

8.3 门诊服务

8.3.1 应为参保人员提供线上和线下预约挂号、就诊及结算服务。

8.3.2 接诊医务人员应核对参保人员提供的相关就医凭证及医保待遇享受情况，制定相应的诊疗计划。

8.3.3 门诊诊疗结算时，应按照医保主管部门要求，规范上传各项诊疗信息及编码。

8.3.4 应备案门慢特病患者信息，因病施治，规范开具门慢特病处方。

8.3.5 提供家庭医生签约的机构应组建以全科医生为主体的家庭医生团队，按照签约服务内容，为参保人员提供健康管理、疾病诊疗等服务。

8.3.6 应按照医保政策规范用药，执行门诊处方外配制度，完善处方流转流程。除因正当理由不宜外配的情况，应允许参保人员到定点零售药店购药。

8.4 住院服务

8.4.1 提供住院服务的机构应明确收治指征，制定出入院流程，按照各类疾病诊疗技术规范提供诊疗服务。

8.4.2 应向参保人员提供医保入院须知或就医注意事项、住院手续办理、医保结算流程、转院和省外异地就医医保结算等信息。

8.4.3 应按规定及时为符合入院指征的参保人员办理住院，为符合出院条件的参保人员及时办理出院结算。

8.4.4 应执行出入院收治标准，按照统一的国际疾病分类（ICD-10）的疾病名称填写疾病诊断，不应以诱导、欺骗等方式将不符合住院条件的就诊人员收住入院。

8.4.5 应为参保人员提供窗口结算、自助结算、床边结算、移动结算等出院结算方式。

8.4.6 应按规定向出院参保人员提供出院记录、费用清单、财务发票等材料。

9 信息化保障

9.1 信息系统建设

9.1.1 应建立医院医保信息系统，并纳入医院管理信息系统统一管理，实现与本机构医保管理部门、临床科室医生工作站、护士工作站及医技科室等部门联网。

9.1.2 应制定符合医保协议管理要求的医院信息系统技术和接口标准，实现与医保主管部门的医保数据交换、诊疗信息共享、联网结算和审核等功能，做到及时、全面、准确。

- 9.1.3 医院医保信息系统应具备风险预警，内置事前提醒、事中管控、事后追踪等功能。
- 9.1.4 应安排专职人员负责医院医保信息系统软硬件维护和管理。
- 9.1.5 应按照财政主管部门要求完善电子发票系统建设，及时准确上传相关信息。

9.2 信息数据管理

- 9.2.1 应执行医保相关信息业务编码规则，动态维护医保医师、医保护士、医保门慢特病病种、医保按病种结算病种、医保日间手术病种等信息，上传信息应与医保经办机构要求保持一致。
- 9.2.2 应建立并动态维护医保药品、医用耗材、医疗服务项目及服务设施、疾病病种等基础信息数据库，实现数据共享、业务协同。
- 9.2.3 应按要求实时准确上传参保人员就诊结算相关信息。

10 安全与应急

10.1 安全风险防范

- 10.1.1 应建立医保基金安全与风险防范制度。
- 10.1.2 应建立医保失信行为信息采集、记录和报告制度，实行医保质量和医疗服务安全风险预警。
- 10.1.3 应建立信息数据安全管理制度和规范，对数据的产生、传输、存储、使用、共享、销毁等实行全生命周期安全管理，保护参保人员个人隐私，并符合 GB/T 20008、GB/T 20269、GB/T 31458 等的规定。
- 10.1.4 应按照医保信息系统技术和接口要求，及时调整医保接口功能，并通过测试验收。
- 10.1.5 应配备医保联网结算相关设备，实行网络隔离与设备隔离，维护医保数据传输安全。

10.2 响应处置

- 10.2.1 应响应医保主管部门、医保经办机构对医保管理和服务行为的警告、约谈、整改、通报等处置措施。
- 10.2.2 应制定医保管理和服务危机事件应急处置预案。对于医保服务协议暂停或协议解除等危机事件，应及时处理医保服务、医保医师、科室等的违规行为，并履行医保服务协议义务。

11 沟通协调

11.1 内部沟通协调

- 11.1.1 建立本机构医保管理部门与各业务部门的日常医保业务沟通联络机制。
- 11.1.2 各业务部门应配合本机构医保管理部门及时反馈并据实上报医疗服务行为相关信息。

11.2 外部沟通协调

- 11.2.1 建立与医保、卫生健康、市场监管、财政、审计、公安等主管部门的沟通协调机制，及时向相关主管部门反馈机构在落实医保政策中遇到的问题。
- 11.2.2 应参与医保主管部门组织的医保支付方式改革、基金监管、价格改革等相关政策制定。
- 11.2.3 应按规定向医保经办机构提交机构医保服务、医保医师服务等协议，及时向医保经办机构申请基本信息变更。
- 11.2.4 应面向参保人员开展医保政策咨询、答疑等服务，妥善处理医保相关投诉。

12 评价与改进

- 12.1 应建立医保管理和服务的内部检查制度，明确检查责任人、检查对象、检查周期等要求，及时通报检查结果并制定整改措施。
- 12.2 县域医共体或医联体应建立内部医保基金使用评价制度。
- 12.3 医保检查内容应包括医疗服务行为、医保台账、临床兼职医保管理人员配备、医疗服务场所监控与价格查询设备等配备、药品和耗材“进、销、存”等情况。
- 12.4 应制定医保管理和服务质量评价指标体系，明确各项质量控制指标，确定质量风险控制关键点。评价指标内容应以医保主管部门制定的医保政策、医保服务协议等文件为依据。
- 12.5 应定期收集、统计与分析医保相关业务数据，包括医保服务量、医保费用结构、医保基金拨付与扣款金额、医保支付方式改革成效等。
- 12.6 应定期开展参保人员满意度调查，将满意度调查结果作为医保管理和服务质量持续改进的依据。
- 12.7 应收集医保主管部门、本机构各业务部门以及参保人员等多方的意见和建议，发生参保人员或第三方医保投诉事件时，应开展内部调查，及时发现问题并作出整改。

13 档案管理

- 13.1 应建立医保档案管理制度，实行专人管理和保密管理。
 - 13.2 应定期整理医保管理和业务服务的纸质或电子档案，做到分类准确、目录清晰、真实完整。
 - 13.3 应配置专门的医保档案管理设备，实行档案防火、防盗、防紫外线、防有害生物、防水、防潮、防尘、防高温、防污染等防护，保持档案储存场所的温湿度适宜、通风良好、清洁卫生。
 - 13.4 应实行医保档案借阅登记，档案借出后应及时催回存档。
-