

环翠区卫生健康局关于印发环翠医院集团 基本医疗保险费用结算管理办法（试行）的通知

为保障基本医疗保险参保人的合法权益，加强和规范医疗保险定点医疗机构管理，充分发挥医疗保险基金的效能，根据《威海市基本医疗保险综合（专科）定点医疗机构服务协议（试行）》（2020版）及《威海市医疗保障局关于做好2020年度基本医疗保险医疗费用结算工作的通知》（威医保办发〔2020〕5号）的有关规定，制定本办法。

一、医疗服务管理

1.医疗机构为参保人员提供住院医疗服务、常规门诊医疗服务和药品零售服务。医疗机构严格遵守有关规定，严格执行《威海市基本医疗保险、生育保险和工伤保险药品目录》、《基本医疗保险诊疗项目目录》及《基本医疗保险医疗服务设施范围及标准》，为参保人员提供合理的基本医疗服务，做到合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费。

2.优先及合理使用目录范围内的药品、诊疗项目、医用耗材（含植入类医疗器械）。超出目录和支付标准范围的费用不予以支付。

3.参保人员就医时必须核验参保人员的医疗保障有效凭证，做到人证相符。发现证件无效、人证不符的，不得进行医保结算。

4.收治患者住院应坚持医学原则，严格执行出、入院标准，为符合入院标准的参保人员及时办理住院手续，不得推诿和拒收病人或让参保人员轻症住院以及乱检查、重复收费，对未达到出院

标准的参保人员不得提前办理出院手续或按自费住院处理，对因病情需要本院内转科治疗的参保人员不得办理出院后再住院手续。医疗机构及时为符合出院标准的参保人员办理出院手续，参保人员拒绝出院的，医疗机构及时停止记账，医疗费终止并通知医保局。

5.严格执行参保人员出院带药的有关规定，带药量一般不超过7天，慢性病患者不超过30天，不得为患者附带各种检查或治疗。

6.医疗机构要保证参保人员的知情同意权，让患者清楚了解每项检查及治疗项目等。在提供理疗项目治疗时，全面登记患者姓名、治疗科室、疾病诊断、治疗项目、治疗时间、治疗部位及治疗次数等，内容完整、信息准确，并经患者本人和医生签字确认。

7.严格按照门诊慢性病种准入标准进行慢性病病种认定，不得出具虚假认定证明，不得以任何理由推诿、拒绝。加强门诊慢性病患者健康管理，确定临床诊疗指南，规范诊疗流程和标准，保障药品供应和合理使用，为门诊慢性病患者提供优质服务。

8.医疗机构严格掌握转院标准，实行逐级转诊转院制度，转院时，遵循先区内后区外、先市内后市外、先省内后省外的原则，特殊专科病例除外。

二、医疗费用结算

1.医疗费用采取“总额控制、结余留用、超支不补”的结算办法。职工医保总额指标包括工作量和医疗费用两个指标，医疗费用指标为参保人员住院医疗费用及门诊慢性病医疗费用总额，其中住院医疗费用含住院定额结算病种指标（不列入总额指标的病种除

外)。居民医保总额指标包括工作量和统筹基金两个指标，统筹费用指标为应由统筹基金支付的住院医疗费用、特定门诊慢性病及普通门诊慢病费用，其中住院医疗费用含住院定额结算病种指标（不列入总额指标的病种除外）。

2.集团将各医疗机构年度支出定额平均分配至每月，确定月支出定额，即月支出定额=年度支出定额 / 12。集团按月与各医疗机构结算，年终进行统算。结算方式如下：

(1) 每月结算时，职工医保当月实际发生医疗费用未超指标的，基金据实拨付；超指标的，扣除超支金额后予以结算。居民医保当月实际发生医疗费用未超指标的，基金据实拨付；超指标的，按下达的月均基金指标拨付。

(2) 医疗年度结束时，医疗机构职工医保医疗费用或居民医保统筹基金超指标的，集团不予支付，由医疗机构承担；定点医疗机构职工医保医疗费用或居民医保统筹基金结余的，按下列方式进行决算：完成工作量达到指标 80%（含 80%）以上的，职工医保医疗费用或居民医保统筹基金如低于定额指标的，据实结算，同时将结余基金全部返还医疗机构；完成工作量在指标 70-80%（含 70%）之间的，职工医保医疗费用或居民医保统筹基金如低于定额指标的，据实结算，同时将结余基金的 50%返还医疗机构；完成工作量低于定额指标 70%的，结余部分不予返还。

3.年度内，医疗机构有下列情形之一的，结余部分不予返还：

- (1) 被暂停服务协议的；
- (2) 被取消定点资格的；

(3) 年度内发生严重违法行为或媒体曝光并造成恶劣社会影响的；

(4) 居民医保住院纳入统筹费用占比：二级医疗机构低于90%，一级医疗机构低于94%；

(5) 年度全市医保工作考核分值低于80分的。

三、医疗服务监管

1. 医疗机构要充分利用医保智能监控系统，加强医保医疗服务行为的管控，确保医疗费用增长符合有关部门规定并与社会经济发展水平及医保基金安全相协调。

2. 医疗机构对医保监管部门在监督检查中查阅病历及财务有关资料、询问当事人等予以配合，并完善有关签章手续，确保向监督检查单位提供的资料和传输的医疗费用数据真实、准确、完整。

3. 医疗机构加强内部科室和医务人员的管理，对医疗服务成本进行严格管理，制定费用管控具体措施，防止服务不足和过度医疗，保证服务质量和参保人员利益，不得因指标管控推诿拒收病人，不得采用“开单费”等不当激励方式，不得将超过指标控制的医疗费用转嫁给参保人员自费。

本办法自下发之日起施行。