

沂南县医疗保障局文件

沂医保发〔2020〕14号

沂南县医疗保障局 关于印发《沂南县基本医疗保险定点医疗机构 医疗服务补充协议》的通知

各医保定点医疗机构，局属各科室，医疗保障服务中心：

为进一步加强定点医疗机构医保服务协议管理，根据《中华人民共和国社会保险法》、《临沂市居民基本医疗保险办法》和《临沂市基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议（试行·2020版）》，结合我县工作实际，制定了《沂南县基本医疗保险定点医疗机构医疗服务补充协议》，现印发给你们，并提出如下要求，请一并贯彻执行。

一、及时签约。定点医疗机构服务协议原则上按年度签定，协议期间在服务过程中遇到新情况、新问题，可以书面形式另行约定，效力与补充协议相同。补充协议与上级精神不一致的，以上级精神为准。

二、积极履约，规范经营。各定点医疗机构要按照协议约定，切实加强内部管理，不断提高自身服务能力，为参保人提供高效优质的医疗服务和医疗保险经办服务。

沂南县医疗保障局

2020年3月11日

协议编号：2020 年第____号

沂南县基本医疗保险定点医疗机构 医疗服务补充协议

甲方：沂南县医疗保障服务中心

乙方：_____

时间：_____

为保障全县广大参保人员享受基本医疗保险服务，根据《临沂市居民基本医疗保险办法》、《临沂市城镇职工基本医疗保险办法》、《临沂市医保定点医疗机构服务协议（试行—2020 版）》等有关规定，经甲、乙双方共同协商，签订本补充协议。

一、 甲方的权利和义务

第一条 执行上级各项基本医疗保险政策和管理规定，及时将基本医疗保险政策、规定、实施细则及经办流程传达给乙方。

第二条 对乙方执行基本医疗保险政策规定等情况进行日常管理与业务指导。

第三条 与乙方进行积极沟通，听取和了解乙方对甲方基本医疗保险管理经办工作的意见，采纳合理建议。

二、乙方的权利和义务

第四条 受甲方委托，为参保群众提供医疗服务，严格执行医疗保障有关政策规定，自觉接受甲方管理和业务指导。

第五条 对甲方处理存有异议时，在不得侵害参保人利益的前提下，积极提出意见或建议与甲方协商，妥善解决。

三、乙方的职责

（一）医保基础管理

第六条 乙方须设置医保办公室，公开医保服务电话，确定专职医保服务工作人员。床位在 100 张及 100 张以上的定点医疗

机构，医保服务专职人员不少于 3 人；100 张床位以下的定点医疗机构，医保服务专职人员不少于 2 人；各定点医疗机构医保办公室的在职在编人员不少于 1 人。

第七条 乙方要建立健全基本医疗保险管理制度、工作流程，定期组织相关法律法规的学习、教育和培训，不断提高工作人员政策水平和工作能力。

第八条 乙方要在显要位置设置基本医疗保险宣传栏、公示栏和意见箱，公示基本医保政策、法规、就诊与报销程序、基本药品目录、基本诊疗项目和常用药品价格，并按月将参保人员发生的医疗费用、报销金额及监督投诉电话等向社会公示。

第九条 乙方应坚持“以病人为中心”的服务理念，热心为参保人员服务，及时处理参保人员的来信来访。不断提高医疗服务质量和参保人员的满意度。

第十条 乙方应主动配合甲方，做好医疗机构信息系统改造升级，实现双方数据的交换衔接，认真落实各项医保政策规定。

（二）经办服务管理

第十一条 参保人员身份审核。乙方为参保人员提供诊疗和报销服务时，应认真核对参保人员的个人信息，确保人、证相符，杜绝冒名顶替。

第十二条 乙方应严格执行医疗费用联网结算制度。负责为在本机构就医的参保人办理联网结算手续，因故未能实现联网结算的，乙方应及时提供其他方式的结算服务，不得推诿。

第十三条 诊疗资料和结算凭证的审核。乙方应该按照甲方要求，及时将上月的诊疗资料和基金结算凭证报送甲方复核。

第十四条 乙方应建立报销台账，每月汇总数据与县医保服务中心核对、结算，按要求及时、准确地报送基金报表及各种统计资料。

第十五条 乙方建立医保基金内部稽核机制。认真审核本单位基本医疗保险报销费用是否合法、合规、合理，定期对本单位基本医疗保险制度执行及基金支出情况进行审计审查。

第十六条 慢性病及特殊疾病认定。乙方受甲方委托后，应该严格执行规定标准，简化工作流程，做好慢性病认定的受理和申报工作，不得无故推脱。乙方应同时妥善保存申报资料。

第十七条 转外诊疗医疗费结算手续的受理。乙方受甲方委托后，按规定受理转外诊疗结算手续的申报，认真做好材料初审工作，及时、准确、完整地将诊疗信息和医疗费信息录入医保结算报销系统，办理结算手续；初审不合格的，要耐心向参保人做好解释工作；材料不全的，应就补充的材料项目和有关要求，现场一次性告知。乙方不得无故拒收参保人的报销申报材料。

（三）诊疗服务管理

第十八条 乙方应规范诊疗、对症施治，合理检查、合理用药、合理治疗。严格加强患者住院指征管理，严禁挂床住院、叠床住院，避免过度检查、过度医疗。严格执行病历及报销凭证管理规定，保证病历及报销凭证资料规范、真实、完整。

第十九条 乙方应当按照省、市医疗服务项目和价格收费标准及其说明等规定进行收费，未经批准不得收费。乙方新增收费项目需向甲方备案，未经甲方同意的，发生的医疗费用甲方不予支付。

第二十条 乙方应加强辖区内村卫生室、社区卫生服务站的医保服务管理。确保村卫生室、社区卫生服务站能够严格执行身份审核等有关规章制度，做到就诊有记录、用药有处方、报销有凭证、票据有签字（手印）。

（四）药品耗材管理

第二十一条 乙方应严格贯彻落实药品、大型医疗设备、医用耗材的配备、采购与使用政策，严格落实药品、耗材零差率销售政策。

第二十二条 乙方应严格落实药品、耗材采购管理政策，不得私自网下采购或使用非中标产品，并按时缴纳药品、耗材货款。

第二十三条 药品、诊疗项目和服务设施的目录对应。乙方应严格执行省市统一的基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和服务设施目录的有关规定，按照甲方要求，对医院信息系统中的收费项目及时与医保信息系统进行对照维护。

（五）重点指标管理

第二十四条 乙方需加强医疗服务管理，规范诊疗行为，为参保群众提供质优价廉的医疗服务。为确保医保基金合理使用，乙方应加强以下医疗服务指标控制，保证指标在正常范围运行。

医疗服务指标考核办法另行制定。

协议管理医疗服务指标

序号	项目指标	协议标准
一	医保基金支出增幅	季度上下浮动不超过 20%，年度不超过 5%。
二	次（日）均住院费用	1.一般医疗机构次均住院费用指标上限为 6000 元/次，高于上限的医疗机构，须控制到上限值以内；低于上限的医疗机构，季度、年度指标上浮不超过 5%。 2.精神与康复专科医院控制指标为 “日均住院费用” 与 “平均住院天数”，日均住院费用按有关文件规定的标准执行；平均住院天数须控制在三年平均值的 1.05% 以内。
三	住院人次人头比	指标须控制在三年平均值以内。
四	辅助检查费用占比	医保二级管理医院，指标上限为 45%；医保一级管理医院指标上限为 55%，定点医院指标高于上限值部分按照每年不低于 20% 降幅进行控制；低于上限值的医院年度指标不超过上年度指标值的 1.05%。
五	按病种付费符合率	定点公立医疗机构按病种付费符合率不低于 80%。
	床位使用率	民营医院指标不超过核准床位数的 120%。

注：以上数据以市医保局软件工程师调取的医保后台数据为准。

（六）医疗费用结算

第二十五条 甲方制定和完善基本医疗保险总额控制下的复合式结算办法并按规定执行。乙方应按要求认真执行医保基金总额预付制度，按总额预付要求积极控费，确保医保基金使用安全。年终根据考核情况进行决算。

一、按病种收付费结算。具体的病种和支付标准按相关规定

执行，单病种结算纳入乙方年度医疗费用总额控制范围。

二、总额预付控制。甲方根据年度基本医疗保险基金收支预算，参考同级同类医院费用指标情况等因素，合理确定乙方本年度基本医疗保险费用总额控制指标，分别为职工医保____万元，居民医保____万元。

四、违约责任

第二十六条 乙方及其工作人员在提供医疗保险服务的过程中发生下列情形之一，甲方对乙方作出约谈、限期整改等处理，视情节严重程度扣除医保基金 1000—5000 元,将违规违约行为纳入年终考核。

- (1) 未设置单独医保办公室或者未按规定配备工作人员的；
- (2) 未按规定设置宣传栏、公示栏和意见箱，落实宣传公示制度的；
- (3) 未按照要求建账结算，财务管理不规范的；
- (4) 不及时对信息系统进行改造升级，造成工作被动的；
- (5) 在慢性病确认手续及联网直报中存在将参保人推诿至其他机构办理手续的；
- (6) 未按要求落实药品、大型医疗设备、医用耗材采购与使用政策的；
- (7) 无故拒收转外报销资料、未按时限录入费用信息。
- (8) 未按照协议要求落实管理措施的其他行为。

第二十七条 乙方存在以下问题之一的，每出现一例扣拨医

保基金 1000 元。已经办理医保结算的，甲方拒付或追回违规违约费用，将违规违约行为纳入年终考核，对参保人员造成的损失由乙方负担。

1、药品名称、剂型或者诊疗项目名称对应不准确、不规范的；

2、中药饮片未明确标注单复方或将医保药品目录外的单方中药饮片对应成复方进行报销的；

3、医用材料（含耗材）对应不准确或未按规定标注国产或进口的；

4、将不允许单独收费的一次性材料对应成可报销材料的。

5、未严格审核转外诊疗材料的。

第二十八条 乙方所辖村卫生室存在下列行为之一的，扣除乙方医保基金 1000—5000 元。已经办理医保结算的，甲方拒付或追回违规违约费用，将违规违约行为纳入年终考核，对参保人员造成的损失由乙方负担。乙方违反相关行政处罚规定的，甲方应当提请行政部门进行行政处罚；涉嫌违法犯罪的，提请医疗保障行政部门及时移送司法机关，依法追究其刑事责任。

1.村卫生室（社区卫生服务站）未严格执行身份审核等制度，就诊记录、用药处方、报销凭证、票据签字（手印）不合规的；

2.违规收取一般诊疗费的；

3.报销记录中的费用明细与实际不符的；

4.乡村医生利用参保人员信息套取医保基金的。

五、其他

第二十九条 甲方将组织人员或邀请第三方根据本协议对乙方履约情况进行考核。

第三十条 本协议自签订之日起生效，有效期至 2020 年 12 月 31 日。有效期满后，因甲方原因未续签时，本协议继续有效。

第三十一条 本协议一式三份，甲乙双方各执一份，另一份送同级医疗保障行政部门存档。本协议未尽事宜，按照长期协议执行。

甲方（公章）：

乙方（公章）：

法 人 代 表：

法 人 代 表：

2020 年 月 日

2020 年 月 日

(此页无正文)