

宣汉县人民政府办公室 关于印发宣汉县基本医疗保险定点医疗机构 监督管理办法（试行）的通知

各乡镇人民政府，县级有关部门：

经县政府同意，现将《宣汉县基本医疗保险定点医疗机构监督管理办法（试行）》印发给你们，请认真贯彻执行。

宣汉县人民政府办公室

2018年6月26日

宣汉县基本医疗保险定点医疗机构 监督管理办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为加强和规范全县基本医疗保险定点医疗机构（以下简称“定点医疗机构”）的监督管理，根据《达州市人民政府办公室关于印发达州市城乡居民基本医疗保险暂行办法的通知》（达市府办〔2017〕72号）、《达州市人力资源和社会保障局关于加强医保定点医药机构服务协议管理的实施意见》（达市人社发

〔2017〕99号)等有关规定,结合宣汉实际,特制定本办法。

第二条 定点医疗机构是指宣汉县医疗保险管理局(以下简称“县医保局”)根据“公平、公正、公开”的原则,选择服务好、价格合理、管理规范,并签订服务协议,报达州市医疗保险管理局备案的各级各类医疗机构。

第三条 县医保局负责全县定点医疗机构的日常监督管理工作,负责组织实施全县定点医疗机构年度考核;各乡镇就业和社会保障服务中心负责本乡镇辖区内定点医疗机构的日常监督管理。各定点医疗机构设置医保科,配备1—3名专职人员,负责医疗保险工作。

第四条 日常监管方式包括患者身份核实、信息网络监控、不定期实地抽查、专项检查等,并接受社会监督举报。

第二章 患者身份核查

第五条 各定点医疗机构严格执行首诊负责制,医院务必严格执行实名制就诊制度,认真核对患者基本信息,做到人、证(卡)相符,留存有医务人员签名及日期的患者有效身份证件复印件。

第六条 患者就诊后,定点医疗机构应如实登记,并实时上传就诊人员基本信息(姓名、身份证件号码、家庭住址、联系方式、疾病诊断、就诊科室和床号等)。

第七条 各乡镇就业和社会保障服务中心对本辖区内各定点

医疗机构就医患者身份进行现场核查，核查率必须达 100%。县医保局每月对定点医疗机构实行轮流抽查，抽查率不低于 20%。

第三章 医疗行为监督

第八条 县医保局通过聘请社会监督员、设置举报箱、公布举报电话等方式，畅通群众监督和投诉渠道，对群众反映的问题，并按照相关规定及时处理。

第九条 县医保局定期或不定期深入各定点医疗机构，进行现场监督检查。

第十条 各定点医疗机构须在当日 24 时前将所有患者的医疗费用明细上传至“金保网”。

第十一条 县医保局及时对各定点医疗机构上传的医疗费用明细进行网上审核，对发现的违规医疗行为及时制止和纠正。

第十二条 各定点医疗机构未及时对违规医疗行为进行纠正的，县医保局要在全县范围内进行通报，并提出整改意见，被通报医疗机构要对照整改通知书和服务协议，迅速整改到位，并将整改落实情况报县医保局。

第四章 医疗费用报销

第十三条 患者在定点医疗机构发生的医疗费用，离院时在

该定点医疗机构窗口直接结算。

第十四条 医疗费用中，属于医保基金支付的部分由定点医疗机构垫付，垫付的医疗费用于每月5日前（法定节假日顺延）向县医保局申报结算。个人承担部分由患者直接支付给定点医疗机构。

第十五条 申报结算资料包括患者有效身份证复印件、医疗费用发票、出院证、费用结算单、外伤核查表等。

第十六条 县医保局按照相关政策规定，扣除违规医疗费用后，按年初制定的总额控制方案拨付医保基金。

第五章 医疗费用审核

第十七条 县医保局每月按当月出院病人的20%进行抽查回访，同时加强对医疗费用智能审核平台的筛查，对发现的的问题逐一核实并提出整改意见。

第十八条 县医保局对定点医疗机构每月申报的结算费用，按基本医疗保险药品目录、诊疗项目和服务设施项目等相关规定严格审核。

第十九条 县医保局负责组织开展覆盖所有定点医疗机构的医保专项检查，且每年不少于2次。

第二十条 县医保局对医疗费用较高且医疗行为异常的，及时组织专家组会审。

第六章 医保医师登记备案制度

第二十一条 医保医师是指在各定点医疗机构注册执业，并经县医保局登记备案的执业助理医师或执业医师（以下简称“医师”）。非医保医师提供医疗服务产生的相关费用（急诊、急救除外），医保基金不予支付，且应在接诊时如实告知患者；未履行告知义务的，产生的费用由该医疗机构和经治医师承担。

第二十二条 实行医保医师登记备案制度。

（一）定点医疗机构聘任的医师，可随时向所在医疗机构提出书面申请，填写《定点医疗机构医保医师申请表》，提供医师执业证原件及复印件；

（二）定点医疗机构负责医保医师申报材料（执业医师或执业助理医师资格证书、专业技术职务资格证书、身份证复印件）的收集、审核和汇总，统一报县医保局登记备案；

（三）医保医师执业地点发生变化的，按规定程序重新申报；

（四）经县卫生计生局批准多点执业的医师，分别由医疗机构向县医保局申报登记备案；

（五）医保医师退出定点医疗机构执业的，原定点医疗机构应及时撤销登记备案；

（六）定点资格被取消的医疗机构，该医疗机构医保医师登记备案同时取消。

第二十三条 医保医师主要工作职责。

（一）熟悉基本医疗保险政策规定，熟练掌握医疗保险用药范围、诊疗项目、医疗服务设施范围和标准，自觉履行定点医疗机构服务协议的各项规定；

（二）向患者告知医疗保险相关政策、费用报销、违规处罚等基本内容；

（三）坚持首诊负责制，落实实名制就诊，执行逐级转诊制度；

（四）坚持因病施治、合理检查、合理治疗、合理用药；

（五）规范书写病历、处方等医疗文书，确保清晰、准确、完整；

（六）协助医保专项检查和门诊慢性病、重症疾病评审等工作。

第二十四条 医保医师实行“黑名单”管理制度，并纳入医疗职称考评。医保医师被纳入“黑名单”期间，提供医疗服务产生的相关费用（急诊、急救除外），医保基金不予支付，且应在接诊时如实告之患者；未履行告知义务的，产生的费用由医疗机构和经治医师承担。医保医师移除“黑名单”处罚期满后可重新申报登记备案。

第二十五条 医保医师每年度内有下列行为之一的，将被纳入“黑名单”。首次被纳入“黑名单”的处罚期为6个月；一年时间内第2次被纳入“黑名单”的，处罚期延长至2年，并上报市医

保局通报至各县（市、区）有关医疗机构。

（一）本人或协助他人欺诈、伪造证明材料或采取其他手段骗取医疗保险基金 1 人次及以上；

（二）接诊时对患者身份信息未认真核实，导致冒名顶替就医 1 人次及以上；

（三）医保医师代替已纳入“黑名单”且未滿处罚期的医保医师签名并产生医疗费用；

（四）采取虚开医嘱处方等方式，将非医疗类费用置换为基本医疗保险目录内药品、诊疗和服务设施项目，且使用医保基金支付 1 人次及以上；

（五）未严格按照住院指征，把不符合住院条件的患者收治住院 2 人次；推诿、拒绝接诊 2 人次及以上；

（六）未坚持因病施治，进行不合理检查、治疗和用药 3 人次及以上的，出院带药超量 3 人次及以上。

第二十六条 医保医师对县医保局做出的处理决定存在异议的，可在接到书面通知后 15 个工作日内，通过所在定点医疗机构，向县人社局提出异议，县人社局受理后 15 个工作日内作出答复。

第七章 责任追究

第二十七条 各定点医疗机构有下列行为之一的，由县医保

局发出预警，并对其函询、约谈、通报，责令限期整改。

（一）未按服务协议要求落实管理措施；

（二）医疗费用异常增长；

（三）未按要求及时、准确、完整提供纸质或电子资料；

（四）患者知情权未得到保障，不向其提供费用明细清单、出院病情证明等资料和该履行而未履行知情同意手续；

（五）未及时处理各类投诉和社会监督中反映的各类问题；

（六）其他违规行为。

第二十八条 各定点医疗机构有下列行为之一的，由县医保局发出警告，并暂停拨付结算费用、拒付违规费用，责令限期整改。

（一）未经核准擅自使用新增诊疗项目，无医疗设备和设施虚列相关费用并纳入医保基金支付；

（二）定点医疗机构提供的票据、费用清单、处方与住院病历不吻合，或与实际使用情况不一致；

（三）拒收、推诿病人；

（四）要求住院患者在住院期间到门诊或另设自付账号交费；

（五）当天现场查房时，住院病人数超过实际开放床位数，住院患者与床号不相符，非精准贫困人员住院不收预交金；

（六）收费印章与定点医疗机构名称不相符；

（七）信息系统未达到要求或未按要求实时上传医保数据；

(八) 随意修改信息系统内相关数据;

(九) 未执行“按病种付费”相关规定;

(十) 定点医疗机构的名称、法人、医疗服务范围等发生变更, 30日内未向县医保局办理备案手续;

(十一) 其他违规行为。

第二十九条 各定点医疗机构有下列行为之一的, 由县医保局追回违规费用, 并视其情节暂停3—12个月医保服务协议, 并暂停联网结算。暂停医保服务协议期间, 发生的医疗费用医保基金不予支付。

(一) 将医疗保险支付范围外的药品、诊疗项目、医用材料、医疗服务设施或生活用品、保健滋补品等费用替换为支付范围内项目, 套取医保基金;

(二) 将本医疗机构科室或医疗场地承包、出租给个人或其他机构, 并以定点医疗机构名义开展医疗服务; 为非定点医疗机构提供结算;

(三) 未认真核实就医人员基本信息, 造成冒名顶替就医;

(四) 挂床住院、分解住院, 将不符合住院指征的患者收治住院, 以及不符合家庭病床标准的患者纳入家庭病床结算;

(五) 违反用药管理规定, 超限定使用范围及适应症用药, 无指征、超疗程或超剂量用药等;

(六) 发生重复、分解、超标准、自立项目收费或过度检查、超限制等违规诊疗行为导致医疗费用增加;

(七) 购进药品、医用材料无法提供税务发票；未建立进销存台账，或账账不符、账实不符；定点医疗机构 HIS 系统内药品目录、服务设施、诊疗项目与“金保”系统中各项目对码不一致；

(八) 采取伪造医疗文书、财务票据或凭证、编造医疗服务、虚列医疗费用等方式，骗取医保基金；

(九) 将膳食费等日常生活自理费用变相计入医药费用，骗取医保基金；

(十) 以“义诊”名义集中收治住院或以商业广告、促销活动、医托等诱导医疗消费；

(十一) 不配合监督检查，不按要求及时提供相关资料；

(十二) 其他违规行为。

第三十条 各定点医疗机构有下列行为之一的，由县医保局追回违规费用，终止服务协议和联网结算，取消定点资格，收回标识标牌，且 2 年内不得申请医疗保险定点医疗机构资格。

(一) 采取伪造医疗文书、财务票据或凭证、编造医疗服务、虚列医疗费用等方式，故意骗取医保基金超过 5000 元及以上；

(二) 服务协议有效期内被暂停协议累计 2 次，或年度内累计医疗事故发生 3 次并造成严重后果；

(三) 暂停协议期间未及时有效整改；

(四) 被吊销《医疗机构执业许可证》《营业执照》等；

(五) 其他造成严重后果或重大影响的违规行为。

第三十一条 相关单位及个人有下列行为的，按照《社会保

险法》有关规定处理；涉嫌违纪的，移送纪检监察机关依照相关规定处理；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。

（一）相关工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守，导致医保基金遭受损失；

（二）参保居民采取弄虚作假、冒名顶替等手段骗取医保基金；

（三）定点医药机构为参保居民提供伪造病历或伙同弄虚作假、冒名顶替骗取医保基金。

第八章 附则

第三十二条 本办法自印发之日起施行，有效期两年。在有效期内，法律、法规、规章或上级规范性文件另有规定的，或已按程序对本办法作出废止、修改、决定的，从其规定或决定。

宣汉县人民政府办公室

2018年6月26日印发
