

# 医保管理制度 ( 33 篇 )

## 医保管理制度 ( 精选 33 篇 )

### 医保管理制度 篇 1

- 一、城镇职工基本医疗保险病历必须单独管理。
- 二、医院必须为医保患者建立门诊及住院病历，医保病历单独管理，就诊记录应清晰、准确、完整，并妥善保存备查，门诊处方和病历至少保存 2 年，住院病历至少保存 15 年。
- 三、合格的病历装袋后按编号上架保管。
- 四、凡出院患者病历，应于病人出院后 72 小时内全部回收到病案室。
- 五、病历排放的时间、编号要清楚，以方便查找。
- 六、病案室要保持卫生、清洁，注意档案架的使用和保护。
- 七、保持病案室通风，病志摆放整齐，完好无损。
- 八、病案管理人员必须会使用灭火器材。
- 九、严守病案资料保密制度。
- 十、特殊病、转诊、转院病人的病案单独管理，包括异地治疗的病历及相关资料复印件。

### 查房制度

为了更好的落实上级医保中心的各项制度，发挥我院自我管理的能动性，强化竞争机制，保证医疗保险基金正常使用，特制定医保查房制度如下：

- 1、医保查房由医保科人员每天查房。
- 2、查房人员要求清楚准确的记录好查房记录。
- 3、各科室主任或护士长必须一起下到病房查房。
- 4、查房要求带医疗证逐个对照看是否是患者本人，查阅、调阅有关资料各科室医务人员应积极配合。
- 5、患者如果有在问清什么原因，当班医护人员是否清楚，是否有请假条。
- 6、各科医护人员在收治医保患者就诊时，必须认真进行身份识别。查房时发现伪造、冒用和涂改的证件或与所持医疗证、身份不符时，拒绝记帐扣留医保证并及时上报上级医保中心。
- 7、查房时积极宣传医保政策，解答好患者不清楚的问题。
- 8、各科医护人员应自觉接受监督检查，及时如实的提供有关情况资料。

#### 入、出院管理制度

一、医保患者必须符合《辽宁省综合医院住院病人诊断标准》方能住院，需持医疗证、身份证和住院通知单到住院处办理住院手续，由医保科审查人、证是否相符。

二、医保患者住院后，到医院医保科登记备案在 24 小时内上报上级医保中心。

三、医保患者住院后，应早诊断、早治疗，疑难病要在三天内做出诊断。为医保患者提供优良的医疗服务，不得无故推委。

四、各种辅助检查要合理，坚决杜绝不必要的辅助检查及重复检查，所有的辅助检查必须下达医嘱，必要的重复检查及重复检查，所有的辅助检查必须下达医嘱，必要的重复检查病志要有记录。凡病人使用基本医疗保险《目录》之外的诊疗项目和药品须经治医生提出申请，患者或家属同意签字，科主任、主管院长同意签字，医保科审批后方可实施。

五、在治疗上要做到合理用药，所有用药必须有医嘱，不使用与本病无关的药品，如病情需要，病志中要做详细的记载，严格执行《药品目录》，使用目录外药品须经治医生提出申请，患者或家属签字，科主任、主管院长同意签字，医保科审批后方可使用。

六、要严格加强住院管理，不准挂床住院、通勤住院和顶替住院，出院带药不超过三天量。

#### 医疗保险住院管理制度

一、凡满足《辽宁省综合医院住院病人疾病诊断标准疗效评定标准》条件的需住院的医疗保险患者，由住院处审查人、证、卡须相符，ic卡由住院处保管（急、危、重症来持证、卡者，须24小时完成补办手续）。

二、病人住院后，一般情况下当日做出诊断，确定治疗方案，疑难病要在三天内确定诊断，要做到不延诊、不误诊、不漏诊、早诊断、早治疗。

三、凡需要会诊的病人，按医院会诊制度执行。

四、各种辅助检查要合理，坚决杜绝不必要的辅助检查及重复检查，所有的辅助检查必须下达医嘱，必要的重复检查病志要有记录。凡是基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目须由经治医生提出申请，科主任签字后，家属或患者签字。到医保科审批后方可实施。

五、在治疗上要到合理用药。所有用药必须有医嘱，不使用与本病无关的药品，如病情需要，病志中要做详细记载，严格执行《医保药品目录》表，在《药品目录》内的需药品须由家属或患者签字及科主任签字医保科同意，医保中心批准方可使用，不得使用“回扣”“促销”药品，否则后果自负。

六、严格按《辽宁省综合医院住院病人疾病诊断标准、疗效评定标准》安排参保人员入院、出院，不得以任何理由分解住院或挂名住院，不得推委患者。对出院患者在《门诊手册》中记录出院小结，防止重复住院。同一种病 15 日内不能重复住院，对于符合转诊条件，须科主任签字，医保科登记，主管院长审查登记盖章，报医保中心同意后方可外转，转出医院须是上级定点医疗保险机构。

## 医保管理制度 篇 2

- 1、对医保患者要验证卡、证、人。
- 2、定期对在院患者进行查房，并有记录。
- 3、应严格掌握出入院标准，实行宿床制，凡符合住院标准患者住院期间每日 24 小时必须住院。
- 4、住院期间医疗卡必须交医院管理。医疗证患者随身携带，不准交未住院的医疗卡、证放医院管理。

5、建立会诊制度，控制收治患者的转院质量。

6、如有利用参保患者的名义为自己或他人开药、检查治疗的，经查清核实后将进行处罚，并取消医保处方权。

7、严禁串换药品、串换诊疗项目、串换病种、乱收费、分解收费等行为。

8、严禁误导消费、开大处方、重复检查。

9、严格控制参保病人的医疗费用，严格执行抗生素使用指导原则等有关规定，实行梯度用药，合理药物配伍，不得滥用药物，不得开人情处方、开“搭车”药。

10、参保病人出院带药应当执行处方规定，一般急性疾病出院带药不得超过3天用量，慢性疾病不得超过7天。

11、严格按照病历管理的有关规定，准确、完整地记录诊疗过程。

### 医保管理制度 篇3

#### 一、医药费报销审核制度

1. 在编教职工、教职工子女、大学生医疗统一纳入s州市城镇居民医疗保障体系。

2. 在享受s州市医疗保险政策基础上，学校相继出台了s大后[20\_\_]6号《s州大学职工补充医疗费报销管理办法》、s大后[20\_\_]8号《s州大学儿童统筹医疗报销规定》、s大后[20\_\_]8号《关于学生参加s州市医疗保险的实施细则(修订)》等相关规定作为补充政策执行。

3. 符合学校补充医疗政策的费用可以在规定时间来医保办办理医疗费报销审核手续,审核合格后交财务处,由财务处复审后予以发放报销款项至个人账户。

4. 所报销的医疗费发票必须是根据本人疾病情况开药或检查治疗的参保发票,如发现有与本人疾病不符合的药物或与病程不符合的药物发票不予报销。

5. 报销比例按学校相关规定执行;执行范围参照《s 州市基本医疗保险药品报销目录》、《s 州市社会医疗保险医疗服务项目结付范围》。

## 二、托费、保险费报销审核制度

1. 在编教职工符合计划生育政策并持有本人“独生子女父母光荣证”,该子女入园(托儿所)的保育教育费及婴幼儿寄托与家庭托幼所的费用均可以按规定报销。

2. 托费报销标准按《s 州市人民政府办公室关于转发 s 州市区幼儿园(托儿所)收费管理办法的通知》(s 府办〔20\_\_〕65 号)执行。

3. 报销时需持本人独生子女父母光荣证及发票在规定时间内前来医保办办理审核手续,审核结束后凭签字盖章后的发票至财务领取报销费用。

4. 在校教职工子女参加 s 州市少儿医疗保险的保险费用可以按父母双方单位报销的规定予以报销。

5. 每年十月需自行在户口所属社区或幼儿园、学校办理下一年度的医疗保险;新生儿必须在出生3个月之内报好户口后在户籍所在地社区办理。

6. 每年12月至次年3月,由部门女工委员统一负责收集发票、复核名单,统一至医保办办理审核手续。审核结束后凭签字盖章后的发票至财务领取报销费用。单亲、及一方下岗的职工可凭相关证明报销全部费用。

### 三、计划生育管理制度

1. 我校计划生育工作是在“中华人民共和国人口与计划生育法”以及“江苏省人口与计划生育条例”等法规的框架下进行,由学校书记总负责,各分工会选派一名领导和女工委员负责本部门计生工作。

2. 遵照所属区计生委工作要求做好学校计划生育管理及宣传工作,提倡在校每个职工及家庭自觉响应国家晚婚晚育的政策,鼓励一对夫妇只生一个孩子,杜绝计划外生育。

3. 我校对独生子女夫妇适当给予精神上的鼓励和物质上的奖励。按苏州市相关政策报销子女部分医疗费用、保险费用、幼儿园托费、家庭私托费等,每年发放独生子女父母奖励金及独生子女妈妈奖励品。

4. 负责全校女职工信息库的管理;做好孕期女职工的随访;计划生育避孕工具的领取、发放;以及职工婚育、流产、取环等证明的开具及营养费的发放审核。

5. 负责全校教职工子女信息库的管理;“独生子女父母光荣证”



“职工子女统筹医疗卡”等的办理工作；以及托费、幼儿园费用、医疗保险费的报销审核工作。

#### 四、教职工体检制度

1. 按学校规定,每年在编教职工安排体检一次(在职、退休)。
2. 每年6月人事处提供在编人员名单,如当年新进人员已参加过入职体检的不纳入名单行列。
3. 附一院体检中心按提供的人员名单及学校对时间段要求排列人员具体体检时间,体检项目及体检费用等由学校领导统一抉择。
4. 在体检开始前半个月在网上发布体检工作要求及体检日程安排,每个部门选派一名联络人负责具体工作。
5. 体检期间,负责及时领取体检报告,通知各单位领取,如有特殊情况及时与部门联系人联络,通知到相关人员。
6. 体检结束后核对实检人员数目及费用情况,报财务审批。
7. 收集体检资料存档。

#### 五、大学生医保制度

1. 我校在校大学生(本科生、非在职研究生)全体纳入s州市大学生医疗保险体系。实施方案按s大后[20\_\_]8号《关于学生参加s州市医疗保险的实施细则(修订)》执行。
2. 每年9至12月按s州市下一年度大学生参保工作精神落实本校大学生参保工作,包括宣传咨询、上报信息、上交保费、发放医疗凭证以及外地门诊就医报销审核工作等。
3. 参保学生享受s州市大学生医保门诊、住院、特定门诊、医疗救助等保险待遇,标准按s州市医保标准执行。

4. 除享受 s 州市医保待遇外,学校也给予在校学生相应的医疗补助政策,包括校医院就医优惠政策、大病补助政策、传染病防治政策、特困生医疗救助政策等。

## 六、门诊和大病补助制度

1. 学校针对因慢性病和大病所产生医疗费用较高的教职工予以适当的医疗费补助。

2. 补助对象及相关政策按 s 大后[20\_\_] 1 号《关于重症病人困难补助的若干规定(修订稿)》和医改会通过退休职工门诊补助方法执行。

## 七、医保与计划生育管理服务标准

1. 认真学习,及时了解相关政策,严格按照国家、地方政府及学校的相关政策开展工作。

2. 坚持原则,秉公办事,统一标准,公平、公正地对待每一位服务对象。

3. 提高办事效率,不搁置,不拖拉。

4. 工作认真、严谨,减少差错。如有工作上的失误需诚恳向服务对象做好解释工作,及时纠正。

5. 服务热情、周到,耐心做好政策宣传、解释工作,提倡使用文明服务用语。

6. 团结协作,维护和谐,共同创造良好的服务窗口形象。

7. 廉洁自律,杜绝利用职权谋取私利。

医保管理制度 篇 4

为了做好城镇职工基本医疗保险定点诊所的经营管理工作，规范经营行为，更好的为全市参保人员提供优质完善的服务，我诊所特制定如下管理制度。

#### 一、保证中药饮片质量：

1、诊所所经营的必须符合国家规定的中药饮片质量标准，不销售假劣药品。

2、所有购进中药饮片只能从拥有合法经营（生产）资格的企业购进，不准从非法药商，药贩购进。购进业务由相关采购、验收人员审查、负责人审核批准执行。

3、严把购进药品验收关，每个进入诊所的中药饮片必须经质量验收员验收签字后方可销售。

4、严把在柜中药饮片的质量养护检查关，质量养护员每月底对在柜中药饮片进行一次全面的外观质量检查，对发现有质量疑问或有质量问题的药品应停止销售并及时报告质量管理员复查处理。

#### 二、严格执行国家政策，保证药品供应

认真执行国家物价政策，根据药品购进成本、市场调查价格，合理制定价格，公平交易，做到现款购药与参保人员刷卡购药价格一致。积极组织货源，尽量满足参保人员的用药需求，发现断缺中药饮片及时补充，确保中药饮片供应及时。

#### 三、严格诊所工作管理制度

工作人员应按时上下班，坚守工作岗位，统一着装，微笑服务，热情接待顾客，对顾客提出的问题耐心解答，任何情况下都不得和

顾客争吵，做到文明服务。

#### 四、做好中药饮片的分类管理工作

严格实行药品经营质量管理规范标准，做好药品分类管理工作，做到易串味药品分开陈列；处方药应严格执行凭医师处方销售，并做好审核，调配工作和处方保存工作。

#### 五、做好帐务管理工作

严格执行医保基本药品目录的品种范围，不在医保范围之内的营养保健品不得刷卡购药。做好参保人员购药和分类台帐，职工每次刷卡购药应有购药清单，结余金额清楚，每月及时向医保局报送统计报表。

#### 六、加强员工培训教育工作。

医保定药房应不断加强对员工的专业知识和技能的培训，提高员工的自身素质和业务水平，定期对员工进行职业道德和礼仪的培训，科学合理的指导用药，尽量减轻病患者的经济负担。

#### 七、其它规定

1、定点药房不得对参保人员直接或变相销售食品、生活用品、化妆品等。

2、不得为参保人员套取现金等违规行为。

3、一经发现上述违规行为，则按违规行为发生额为基数，处以20%~100%的罚款。

#### 八、其它规定

1、定点药房不得对参保人员直接或变相销售食品、生活用品、化妆品等。

2、不得为参保人员套取现金等违规行为。

3、一经发现上述违规行为，则按违规行为发生额为基数，处以20%~100%的罚款。

#### 医保管理制度 篇5

1、参保人员持外配处方到定点药店调剂，药店营业员应严格按照国家处方调剂的有关规定给予认真调剂，定点零售药店人员无正当理由，不得拒绝参保人员按外配处方调剂的请求，若认定外配处方调配剂量有疑问时，要告知参保人员，由原开处方的医生修改后再给给予调剂。

2、《国家基本医疗保险目录》书中规定的药品可以在定点零售药店凭(职工医疗保险个人帐户手册)和专用卡进行购药，目录规定以外的药品只能凭现金直接购买，如果是处方药还必须有执业医师的处方才能购买。

3、参保人员看病就医必须持社保局核发的《职工医疗保险个人账户手册》和专用卡等有效证卡到定点药店就诊购药，其医疗费用结算采用以记账为主，辅之以现金交费的结算方法，社保局核发的《职工医疗保险个人账户手册》和专用卡均限于本人使用。

4、参保人员调动，死亡等要及时到社保局办理变更和注销手续，参保人员应将职工医疗保险个人帐户手册和专用卡妥善保管，及时更改个人帐户密码，如不慎丢失者，应及时向社保局办理挂失，丢失期间发生的一切费用由参保人员自理。

#### 医保管理制度 篇6

## 第一章 总则

第一条为加强和规范医疗机构医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》及《医疗机构管理条例》等法律法规，制定本办法。

第二条医疗机构医疗保障定点管理应坚持以人民健康为中心，遵循保障基本、公平公正、权责明晰、动态平衡的原则，加强医保精细化管理，促进医疗机构供给侧改革，为参保人员提供适宜的医疗服务。

第三条医疗保障行政部门负责制定医疗机构定点管理政策，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）、定点医疗机构进行监督。经办机构负责确定定点医疗机构，并与定点医疗机构签订医疗保障服务协议（以下简称“医保协议”），提供经办服务，开展医保协议管理、考核等。定点医疗机构应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供医疗服务。

## 第二章 定点医疗机构的确定

第四条统筹地区医疗保障行政部门根据公众健康需求、管理服务需要、医保基金收支、区域卫生规划、医疗机构设置规划等确定本统筹地区定点医疗服务的资源配置。



第五条以下取得医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的医疗机构，以及经军队主管部门批准有为民服务资质的军队医疗机构可申请医保定点：

（一）综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医医院、专科医院、康复医院；

（二）专科疾病防治院（所、站）、妇幼保健院；

（三）社区卫生服务中心（站）、中心卫生院、乡镇卫生院、街道卫生院、门诊部、诊所、卫生所（站）、村卫生室（所）；

（四）独立设置的急救中心；

（五）安宁疗护中心、血液透析中心、护理院；

（六）养老机构内设的医疗机构。

互联网医院可依托其实体医疗机构申请签订补充协议，其提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用，由统筹地区经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。

第六条申请医保定点的医疗机构应当同时具备以下基本条件：

（一）正式运营至少 3 个月；

（二）至少有 1 名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医（专长）医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师；

（三）主要负责人负责医保工作，配备专（兼）职医保管理人员；100 张床位以上的医疗机构应设内部医保管理部门，安排专职工作人员；

（四）具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、

统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等；

（五）具有符合医保协议管理要求的医院信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息，为参保人员提供直接联网结算。设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库，按规定使用国家统一的医保编码；

（六）符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

第七条医疗机构向统筹地区经办机构提出医保定点申请，至少提供以下材料：

（一）定点医疗机构申请表；

（二）医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证照复印件；

（三）与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

（四）与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；

（五）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

（六）省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

第八条医疗机构提出定点申请，统筹地区经办机构应即时受理。对申请材料内容不全的，经办机构自收到材料之日起5个工作日内一次性告知医疗机构补充。

第九条统筹地区经办机构应组织评估小组或委托第三方机构，以书面、现场等形式开展评估。评估小组成员由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员构成。自受理申请材料之日起，评估时间不超过3个月，医疗机构补充材料时间不计入评估期限。评估内容包括：

（一）核查医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证；

（二）核查医师、护士、药学及医技等专业技术人员执业信息和医师第一注册地信息；

（三）核查与服务功能相适应的诊断、治疗、手术、住院、药品贮存及发放、检查检验放射等基础设施和仪器设备；

（四）核查与医保政策对应的内部管理制度和财务制度，卫生健康部门医疗机构评审的结果；

（五）核查与医保有关的医疗机构信息系统是否具备开展直接联网结算的条件。

评估结果分为合格和不合格。统筹地区经办机构应将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。对于评估合格的，应将其纳入拟签订协议医疗机构名单，并向社会公示。对于评估不合格的，应告知其理由，提出整改建议。自结果告知送达之日起，整改3个月后可再次组织评估，评估仍不合格的，1年内不得再次申请。

省级医疗保障行政部门可以在本办法基础上，根据实际情况，制定具体评估细则。

第十条统筹地区经办机构与评估合格的医疗机构协商谈判，达成一致，双方自愿签订医保协议。原则上，由地市级及以上的统筹地区经办机构与医疗机构签订医保协议并向同级医疗保障行政部门备案。医保协议应明确双方权利、义务和责任。签订医保协议的双方应当严格执行协议约定。协议期限一般为1年。

第十一条统筹地区经办机构应向社会公布签订医保协议的定点医疗机构信息，包括名称、地址等，供参保人员选择。

第十二条医疗机构有下列情形之一的，不予受理定点申请：

（一）以医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙等非基本医疗服务为主要执业范围的；

（二）基本医疗服务未执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策的；

（三）未依法履行行政处罚责任的；

（四）以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满3年的；

（五）因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的；

（六）因严重违反医保协议约定而被解除协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任的；

（七）法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点医疗机构被解除医保协议，未满5年的；

（八）法定代表人、主要负责人或实际控制人被列入失信人名

单的；

（九）法律法规规定的其他不予受理的情形。

### 第三章 定点医疗机构运行管理

第十三条 定点医疗机构具有依法依规为参保人员提供医疗服务后获得医保结算费用，对经办机构履约情况进行监督，对完善医保政策提出意见建议等权利。

第十四条 定点医疗机构应当严格执行医保协议，合理诊疗、合理收费，严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录，优先配备使用医保目录药品，控制患者自费比例，提高医疗保障基金使用效率。定点医疗机构不得为非定点医疗机构提供医保结算。

经办机构不予支付的费用、定点医疗机构按医保协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等，定点医疗机构不得作为医保欠费处理。

第十五条 定点医疗机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员有效身份凭证，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料，不得分解住院、挂床住院，不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。

定点医疗机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围；除急诊、抢救等特殊情形外，提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。

第十六条定点医疗机构应当制定相应的内部管理措施，严格掌握出入院指征。按照协议执行医保总额预算指标，执行按项目、按病种、按疾病诊断相关分组、按床日、按人头等支付方式。不得以医保支付政策为由拒收患者。

第十七条定点医疗机构按有关规定执行集中采购政策，优先使用集中采购中选的药品和耗材。医保支付的药品、耗材应当按规定在医疗保障行政部门规定的平台上采购，并真实记录“进、销、存”等情况。

第十八条定点医疗机构应当严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策。

第十九条定点医疗机构应当参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训。

定点医疗机构应当组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训，定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。

第二十条定点医疗机构在显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标识。

第二十一条定点医疗机构应按要求及时向统筹地区经办机构报送医疗保障基金结算清单等信息，包括疾病诊断及手术操作，药品、医用耗材、医疗服务项目费用结算明细，医师、护士等信息，并对其真实性负责。定点医疗机构应当按要求如实向统筹地区经办机构报送药品、耗材的采购价格和数量。



定点医疗机构应向医疗保障部门报告医疗保障基金使用监督管理及协议管理所需信息，向社会公开医药费用、费用结构等信息。

第二十二条定点医疗机构应当配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，接受医疗保障行政部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

第二十三条定点医疗机构应当优化医保结算流程，为参保人员提供便捷的医疗服务，按规定进行医保费用直接结算，提供费用结算单据和相关资料。为符合规定的参保人员提供转诊转院服务。参保人员根据有关规定可以在定点医疗机构购药或凭处方到定点零售药店购药。

第二十四条定点医疗机构应当做好与医保有关的信息系统安全保障工作，遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私。定点医疗机构重新安装信息系统时，应当保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接，并按规定及时全面准确向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。

#### 第四章 经办管理服务

第二十五条经办机构有权掌握定点医疗机构运行管理情况，从定点医疗机构获得医保费用稽查审核、绩效考核和财务记账等所需要的信息数据等资料。定点医疗机构实行属地管理，经办机构对属地定点医疗机构为本地和异地参保人员提供的医疗服务承担管理服务职责。

第二十六条经办机构应当完善定点申请、组织评估和协议签订、协议履行、协议变更和解除等管理流程，制定经办规程，为定点医疗机构和参保人员提供优质高效的经办服务。

第二十七条经办机构应做好对定点医疗机构医保政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训，提供医疗保障咨询、查询服务。

第二十八条经办机构应当落实医保支付政策，加强医疗保障基金管理。

第二十九条经办机构应当建立完善的内部控制制度，明确对定点医疗机构申报费用的审核、结算、拨付、稽核等岗位职责及风险防控机制。完善重大医保费用支出集体决策制度。

第三十条经办机构应当加强医疗保障基金支出管理，通过智能审核、实时监控、现场检查等方式及时审核医疗费用。对定点医疗机构进行定期和不定期稽查审核。按协议约定及时足额向定点医疗机构拨付医保费用，原则上应当在定点医疗机构申报后 30 个工作日内拨付符合规定的医保费用。

第三十一条有条件的统筹地区经办机构可以按国家规定向定点医疗机构预付一部分医保资金，缓解其资金运行压力。在突发疫情等紧急情况时，可以按国家规定预拨专项资金。

第三十二条定点医疗机构违规申报费用，经审查核实的，经办机构不予支付。

第三十三条经办机构应当依法依规支付参保人员在定点医疗机构发生的医疗费用，为参保人员提供医保政策咨询。除急诊和抢救外，参保人员在非定点医疗机构就医发生的费用医疗保障基金不予支付。

第三十四条经办机构向社会公开医保信息系统数据集和接口标准。定点医疗机构自主选择与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商。经办机构不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。

第三十五条经办机构应遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私，确保医疗保障基金安全。

第三十六条经办机构或其委托符合规定的第三方机构，对定点医疗机构开展绩效考核，建立动态管理机制。考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。绩效考核办法由国家医疗保障部门制定，省级医疗保障部门可制定具体考核细则，经办机构负责组织实施。

第三十七条对于定点医疗机构结算周期内未超过总额控制指标的医疗费用，经办机构应根据协议按时足额拨付。对定点医疗机构因参保人员就医数量大幅增加等形成的合理超支给予适当补偿。

第三十八条经办机构发现定点医疗机构存在违反协议约定情形的，可按协议约定相应采取以下处理方式：

- （一）约谈医疗机构法定代表人、主要负责人或实际控制人；
- （二）暂停或不予拨付费用；
- （三）不予支付或追回已支付的医保费用；
- （四）要求定点医疗机构按照协议约定支付违约金；
- （五）中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务；
- （六）中止或解除医保协议。

第三十九条经办机构违反医保协议的，定点医疗机构有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

医疗保障行政部门发现经办机构存在违反医保协议的，可视情节相应采取以下处理方式：约谈主要负责人、限期整改、通报批评，对相关责任人员依法依规给予处分。

医疗保障行政部门发现经办机构违反相关法律法规和规章的，依法依规进行处理。

#### 第五章 定点医疗机构的动态管理

第四十条定点医疗机构的名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级和类别等重大信息变更时，应自有关部门批准之日起30个工作日内向统筹地区经办机构提出变更申请。其他一般信息变更应及时书面告知。

第四十一条续签应由定点医疗机构于医保协议期满前3个月向经办机构提出申请或由经办机构统一组织。统筹地区经办机构与定点医疗机构就医保协议续签事宜进行协商谈判，双方根据医保协议履行情况和绩效考核情况等决定是否续签。协商一致的，可续签医保协议；未达成一致的，医保协议到期后自动终止。

对于绩效考核结果好的定点医疗机构可以采取固定医保协议和年度医保协议相结合的方式，固定医保协议相对不变，年度医保协议每年根据具体情况调整，简化签约手续。

第四十二条 医保协议中止是指经办机构与定点医疗机构暂停履行医保协议约定，中止期间发生的医保费用不予结算。中止期结束，未超过医保协议有效期的，医保协议可继续履行；超过医保协议有效期的，医保协议终止。

定点医疗机构可提出中止医保协议申请，经经办机构同意，可以中止医保协议但中止时间原则上不得超过 180 日，定点医疗机构在医保协议中止超过 180 日仍未提出继续履行医保协议申请的，原则上医保协议自动终止。定点医疗机构有下列情形之一的，经办机构应中止医保协议：

（一）根据日常检查和绩效考核，发现对医疗保障基金安全和参保人员权益可能造成重大风险的；

（二）未按规定向经办机构及医疗保障行政部门提供有关数据或提供数据不真实的；

（三）根据医保协议约定应当中止医保协议的；

（四）法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。

第四十三条 医保协议解除是指经办机构与定点医疗机构之间的医保协议解除，协议关系不再存续，协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算。定点医疗机构有以下情形之一的，经办机构应解除医保协议，并向社会公布解除医保协议的医疗机构名单：

（一）医保协议有效期内累计 2 次及以上被中止医保协议或中止医保协议期间未按要求整改或整改不到位的；

（二）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

(三) 经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为的；

（四）为非定点医疗机构或处于中止医保协议期间的医疗机构提供医保费用结算的；

（五）拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、绩效考核、监督检查等，情节恶劣的；

（六）被发现重大信息发生变更但未办理重大信息变更的；

（七）定点医疗机构停业或歇业后未按规定向经办机构报告的；

（八）医疗保障行政部门或其他有关部门在行政执法中，发现定点医疗机构存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金重大损失的；

（九）被吊销、注销医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的；

（十）法定代表人、主要负责人或实际控制人不能履行医保协议约定，或有违法失信行为的；

（十一）未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

（十二）定点医疗机构主动提出解除医保协议且经办机构同意的；

（十三）根据医保协议约定应当解除医保协议的；

（十四）法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

第四十四条 定点医疗机构请求中止、解除医保协议或不再续签医保协议的，应提前 3 个月向经办机构提出申请。公立医疗机构不得主动提出中止或解除医保协议。



医疗机构所在地的地市级及以上统筹地区经办机构与定点医疗机构中止或解除医保协议，该医疗机构在其他统筹区的医保协议也同时中止或解除。

第四十五条定点医疗机构的部分人员或科室有违反协议管理要求的，可对该人员或科室中止或终止医保结算。

第四十六条医疗机构与统筹地区经办机构就医保协议签订、履行、变更和解除发生争议的，可以自行协商解决或者请求同级医疗保障行政部门协调处理，也可以依法提起行政复议或行政诉讼。

#### 第六章 定点医疗机构的监督

第四十七条医疗保障行政部门对定点申请、申请受理、专业评估、协议订立、协议履行和解除等进行监督，对经办机构的内部控制制度建设、医保费用的审核和拨付等进行指导和监督。

医疗保障行政部门依法依规通过实地检查、抽查、智能监控、大数据分析等方式对定点医疗机构的协议履行情况、医疗保障基金使用情况、医疗服务行为、购买涉及医疗保障基金使用的第三方服务等进行监督。

第四十八条医疗保障行政部门和经办机构应拓宽监督途径、创新监督方式，通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式对定点医疗机构进行社会监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

第四十九条经办机构发现违约行为，应当及时按照协议处理。

经办机构作出中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基

金使用的医药服务、中止和解除医保协议等处理时，要及时报告同级医疗保障行政部门。

医疗保障行政部门发现定点医疗机构存在违约情形的，应当及时责令经办机构按照医保协议处理，经办机构应当及时按照医保协议处理。

医疗保障行政部门依法查处违法违规行为时，认为经办机构移交相关违法线索事实不清的，可组织补充调查或要求经办机构补充材料。

## 第七章附则

第五十条职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助、居民大病保险等医疗保障定点管理工作按照本办法执行。

第五十一条本办法中的经办机构是具有法定授权，实施医疗保障管理服务的职能机构，是医疗保障经办的主体。

定点医疗机构是指自愿与统筹地区经办机构签订医保协议，为参保人员提供医疗服务的医疗机构。

医保协议是指由经办机构与医疗机构经协商谈判而签订的，用于规范医疗服务行为以及明确双方权利、义务及责任等内容的协议。

第五十二条国务院医疗保障行政部门制作并定期修订医保协议范本，国家医疗保障经办机构制定经办规程并指导各地加强和完善医保协议管理。地市级及以上的医疗保障行政部门及经办机构在此基础上，可根据实际情况分别细化制定本地区的医保协议范本及经办规程。医保协议内容应与法律、法规、规章和医疗保障政策调整变化相一致，医疗保障行政部门调整医保协议内容时，应征求相关定点医疗机构意见。

第五十三条本办法由国务院医疗保障行政部门负责解释，自20\_\_年2月1日起施行。

## 医保管理制度 篇7

### 1、病案室、统计室工作制度

- (1) 做好病历保存工作，不得丢失。
- (2) 负责给每位就诊的医疗保险者建立病历，并在病历首页上加盖“医疗保险”专用章，而与普通病人加以区分，便于管理。
- (3) 对检查医疗保险病历提供借阅支持。
- (4) 提供相应统计数据。

### 2、门诊部工作制度

- (1) 负责登记好每位医疗保险的门诊、住院患者就医信息。
- (2) 出诊医师必须按照《处方管理办法》进行诊疗，在门诊病历上如实记录医疗保险、患者每次就诊的诊疗项目，要求门诊病历与处方相符合。
- (3) 门诊医师严格执行医疗保险的各项规章制度，不得出现作

假情况。

(4) 做好医疗保险的宣传及解释工作。

### 3、结算人员工作制度

(1) 临床各个科室结算人员必须对患者的住院费用与医嘱进行认真核对，在患者出院当日进行准确结算。

(2) 医保办及住院处相关结算人员审核无误后方可与患者结算住院费用。(3) 住院处指定相关结算人员定期向上级医保部门报送结算信息及纸介, 并负责查找未结算人员名单, 使上级医保中心及时划拨已发生的住院费用。

#### 4、药械科工作制度

(1) 按照《处方管理办法》进行管理。

(2) 认真核对医疗保险处方, 分别保存。

(3) 药品单价费用超百元或每张处方超 500 元需到医保办审核, 盖章批准方可领药。此处方要单独存放以备检查用。

(4) 为检查提供相应处方。

#### 5、医务科工作制度

(1) 负责医疗保险患者的医疗质量。

(2) 定期组织对门诊及住院病历进行合理用药、合理检查、合理治疗的检查工作。

(3) 配合医疗保险政策, 做好宣传和解释工作。

(4) 负责医疗保险的医疗纠纷的处理工作。

(5) 做好单病种诊断治疗、病历书写、费用限制等管理工作与检查工作。

#### 6、计算机室工作制度

(1) 负责医疗保险网络的维护工作。

(2) 负责医疗保险软件的建设, 包括预算、联系、软件的开发。

(3) 负责全院网络的建设工作。

(4) 负责计算机的培训、维修工作，保证医疗保险工作的顺利实施。

#### 医保管理制度 篇 8

1、遵纪守法，廉洁自律、恪守医德、全心全意为患者服务。

2、在分管院长的领导下，负责全院医保农合的政策宣传和贯彻落实等管理工作。

3、起草制定全院医保、农合工作流程和管理规定，并组织实施。

4、深入临床科室，进行医保、农合工作查房、检查，监督临床科室为参保、参合患者合理诊断、合理治疗并提供优质的医疗服务。

5、协调处理医院各科室在执行医保、农合政策中出现的问题，并做好与各级社保、农合管理部门的联系，促进医院医保、农合工作良好运行。

6、审批临床科室提出的需转外院诊治的医保、农合患者转院申请，并报主管院长及社保、农合管理部门批准。

7、负责与各级社保、农合经办机构和商业保险公司商谈有关双方合作事宜，签订定点医疗机构服务协议书，协调处理双方争议。

8、负责各地医保、农合患者医疗费用和基金报销费用月报表的审核及安排按时上报，定期掌握医院垫付资金的回拨情况。

9、组织并实施本部门对临床科室医保农合工作的监管、考核及情况反馈。

10、完成领导交办的其他工作。

#### 医保管理制度 篇 9

1、严格按照规定及各级医保经办机构的具体要求，做好医保患者各项费用的结算工作。

2、掌握各级各类医保政策，按照各级医保经办机构审批的医疗项目及支付标准进行审核结算。

3、切实做好医保住院患者各项费用的审核工作。

4、严格执行入、出院标准，不分解住院次数，不推诿危重病人，不损害参保职工的利益。

5、加强医保费用的结算及管理，及时与各级医保经办机构联系，协调解决医保费用结算中出现的问题。

6、按照各级医保经办机构的要求及时报送各项报表，定期与财务科进行回款核对，做好各项存档资料的归整、装订及保存工作。

#### 医保管理制度 篇 10

为贯彻执行《湖南省城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理办法》、《湖南省城乡居民基本医疗保险实施办法》、《长沙市基本医疗保险付费总额控制方案》，认真履行各类医疗保险定点医疗服务协议，进一步规范医保管理工作，结合医院具体情况，特修订本管理制度：



一、医院成立由院长、书记任组长的“全民医保管理工作领导小组”，由负责医疗管理工作的院领导主管医保管理工作，医疗保障中心、医务部、护理部、财务部、药剂科、信息中心、门诊办、入出院结算中心主任具体负责，医疗保障中心根据医保类别设专干经办相关医保服务工作，各科室必须由一名副主任医师职称（以上）医务人员负责医保管理工作，设各病房护士长和总住院为医保联络员，信息中心配备专人进行医保系统维护。

二、医疗保障中心负责制订医保政策培训计划并组织实施，定期举办医保政策培训班，总住院医生、进修医生、住院医生、新上岗员工必须通过医保政策培训并考试合格才能上岗；总住院医生上岗前必须到医疗保障中心跟班培训，通过医保政策考试合格才能上岗。

三、医疗保障中心负责根据《医疗保障基金监督管理办法》、《全民医保管理综合考评办法》和《全民医保管理综合考评实施细则暂行规定》采取月考与年度考核相结合的方式对各临床科室进行医保综合考评。

四、专科医生严格掌握医保病人入、出院标准，不得将不符合住院条件的医保病人收住入院，不得推诿符合住院条件的医保病人住院，主管医生和责任护士负责根据病人“身份证”核实病人身份，及时递交医保病人电子住院审核单，严格禁止任何形式的冒名顶替和挂床住院现象。

五、结算中心严格根据医保相关证件办理入院手续，根据病人

所属医保在 HIS 中准确归类医保类别，及时在医保系统中注册，确保病人及时享受医保待遇。

六、信息中心配备专人负责对医保系统进行维护、升级工作，确保医保病人费用正常结算。根据医疗保障中心需求不断升级大医保智能监管服务平台，优化流程服务病人。

七、药剂科配备专人根据《湖南省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》在各医保系统中进行药品匹配，确保医保支付比例准确无误。

八、医疗保障中心设立专干根据《湖南省基本医疗保险诊疗项目范围》及其补充规定、《湖南省基本医疗保险服务设施支付标准》进行诊疗项目匹配工作，确保医保支付比例准确无误。

九、严格执行《湖南省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《湖南省基本医疗保险诊疗项目范围》及其补充规定、《湖南省基本医疗保险服务设施支付标准》。住院医疗费用中特检、特治、乙类药品、全自费药品及项目，执行前须向病人或家属说明费用分担及自付情况，在自费项目同意书上签字确认后方能使用（术中、抢救用药可事后补签），并在病程记录中详细说明理由。

十、医疗保障中心通过不断升级大医保智能监管服务平台优化流程服务病人，通过大医保智能监管服务平台严格执行医保病人特殊情况审批制度。

十一、医保病人使用人工器官、贵重置入材料前，主管医生须在大医保监管服务平台的医保专栏下载并填写“医保病人安置人工器官和体内放置材料备案登记表”，医疗保障中心及时通过网络审核确定自付比例，主管医生落实自付比例签字制度。

十二、医保病人因意外伤害住院，须认真填写《长沙城区医保病人意外伤害审批表》并附上参保单位出具的意外伤害证明材料、急诊病历由医院医疗保障中心初审后，书面报告医保中心审核通过

方能纳入医保结算范畴。

十三、确因病情需要必须到外院做有关检查的，由主管医生填报《医保病人特检特治申请表》，报医疗保障中心、医务科审批后纳入住院费用。

十四、确因病情危重需要特殊监护时，必须经专科副主任医师以上职称人员签字同意，并有详细查房或会诊意见，监护时间一般不得超过7天。特殊情况延长监护治疗时间，需书面报告医疗保障中心审批备查。

十五、急诊科接诊病人时主动询问其医保身份并认真审核，住院前72小时发生的不间断急诊抢救费用根据医保政策经急诊科网络审核纳入当次住院费用连续计算。

十六、各科新开展的诊疗项目原则上全自费，经物价部门和卫生行政部门批准收费标准后，必须及时通知医疗保障中上报省医保局审批，明确医保自付比例并做网络维护。

十七、病人出院时只能提供与疾病治疗有关的药品(限口服药)，不得带检查和治疗项目出院，出院带药的数量和品种按相关规定执行，且须在出院记录和出院医嘱中详细记录。

十八、各科室在保证医疗质量的同时，严格执行各项医保政策，合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费。做到“住院费用四吻合”，即费用清单、住院医嘱、治疗单和病程记录相吻合。化验检查、用药和治疗应在病程记录说明并有结果分析。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。  
。如要下载或阅读全文，请访问：

<https://d.book118.com/145042100034011242>