附件3

医疗保障定点医疗机构示范点标准（试行）

为进一步规范定点医疗机构医疗保障服务行为，提升服务质量，促进医疗保障事业和定点医疗机构高质量和谐发展，加强医疗保障定点医疗机构示范点建设，制定如下标准。

一、建设范围

连续履行医保服务协议3年内无欺诈骗保等情形的本统筹地区医疗保障定点医疗机构，纳入全国医疗保障定点医疗机构示范点建设范围。

二、建设标准

根据医疗保障法律法规政策规定，结合管理实际，建设重点围绕定点医疗机构医保基础管理、就医服务管理、医疗费用结算、目录管理、信息管理、改革任务落实等内容开展。

（一）医保基础管理。主要内容为定点医疗机构医保制度建设、机构人员设置、标识窗口服务、医保宣传培训等情况。

（二）就医服务管理。主要内容为定点医疗机构就医诊疗服务、门诊慢特病管理、出入院管理、病历及处方管理、转诊转院、诊疗行为管理等情况。

（三）医疗费用结算。主要内容为定点医疗机构规范医疗收费、提供结算服务、执行结算标准、履行知情同意等情况。

（四）目录管理。主要内容为定点医疗机构执行医保目录、药品耗材管理、检查治疗管理等情况。

（五）信息管理。主要内容为定点医疗机构信息系统建设、基础信息管理、智能监控、信息安全等情况。

（六）医保改革任务落实。主要内容为定点医疗机构支付方式改革、药械集中采购和使用、药品和医用耗材进销存管理、“互联网+”医疗服务等情况。

（七）其他。主要内容为定点医疗机构公开公示、投诉处理、开展适老化服务、信息报送和执行财经纪律等情况。

医疗保障定点医疗机构示范点指标

| 项目 | 指标 | 具体内容 | 参考分值 |
| --- | --- | --- | --- |
| 医保基础管理 | 1.医保制度建设 | ①医保管理制度；②财务制度；③统计信息管理制度；④医疗质量安全核心制度等；⑤医保基金使用考核评价体系。 | 12 |
| 2.机构人员设置 | ①主要负责人负责医保工作；②建立医保管理部门；③配备专职管理人员。 |
| 3.标识窗口服务 | ①在显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标识；②设立医保挂号、结算、审核、门诊慢特病管理、异地就医直接结算等服务窗口。 |
| 4医保宣传培训 | ①设置“医保政策宣传栏”；②编印医疗保障宣传资料；③设置医保咨询电话、服务窗口，开展医保政策宣传和就医流程、费用结算等咨询；④定期组织开展医保政策法规、业务知识培训；⑤开展医保医师管理，承担对医保医师的医疗保障政策业务培训和内部考核等职责。 |
| 就医服务管理 | 5.就医诊疗服务 | ①严格执行实名就医规定，核验参保人员的医疗保障凭证，做到人证相符。②不得以任何理由收集、留存参保人医疗保障有效凭证；③严格遵循卫生健康、医疗保障等部门有关规定，合理检查、合理用药、合理诊疗，无过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药等行为。 | 18 |
| 6.门诊慢特病管理 | ①严格执行门诊慢特病政策规定；②制定门诊慢特病管理制度和工作程序；③认真做好门诊慢特病资格认定和信息备案工作；④合理诊疗，按规定使用门诊慢特病病历、处方等相关材料；⑤及时核对和上传相关信息资料；⑥加强门诊慢病患者健康管理；⑦落实“两病”相关政策规定。 |
| 7.出入院管理 | ①严格执行入院、出院和重症监护病房收治标准；②按规定及时为符合入院指征的参保人员办理住院手续，对符合出院条件的参保人员及时办理出院手续；③无分解住院、挂床住院行为，无以采取减免起付标准、减免应由个人负担费用、发放实物、卡券、返还现金、免费体检等名义诱导参保人员住院的情形。 |
| 8.病历及处方管理 | ①按照规定为参保人员建立病历，并妥善保存备查；②按照病历书写基本规范书写病历，诊疗记录应当真实、完整、清晰；③接诊意外伤害的参保人时，须如实及时完整记录致伤原因和意外受伤的情形；④严格执行门诊处方外配制度，除正当理由外允许参保人员到定点零售药店购药；⑤规范填写医保结算清单，使用医保疾病诊断及手术操作码。 |
| 9.转诊转院 | 建立健全转诊转院制度，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。 |
| 10.诊疗行为管理 | 在DRG、DIP地区建立医院内部基于DRG、DIP的医疗行为管理和成本控制措施。 |
| 医疗费用结算 | 11.规范医疗收费 | ①严格执行国家、省（自治区、直辖区）医疗服务项目政策；②严格执行国家、省（自治区、直辖区）及本统筹地区医疗服务价格政策；③严格规范医疗收费，无重复收费、套用收费、超标准收费、分解项目收费等情形；④无串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施等行为；无诱导参保人员在住院期间到门诊缴费、药店购药或另设自付账号交费的行为；⑤按照明码标价要求公示医药价格与收费标准。对自主定价的价格项目，应做好知情告知，在明码标价公示时注明定价主体。 | 15 |
| 12.提供结算服务 | ①为参保人员提供医疗费用实时结算；②提供窗口结算、自助机结算、移动终端结算、诊间结算等多种方式结算医疗费用；③支持使用医保电子凭证结算医疗费用；④按规定的程序和时限，及时向医保经办机构申报医疗费用。 |
| 13.执行结算标准 | ①严格执行统筹地区医保结算规定和结算标准；②无将超过定额或限额结算标准的医疗费用转嫁给患者自费的情形；③无以定额或限额为由降低参保人员的医疗质量、减少合理和必要的药品及治疗的行为。 |
| 14.履行知情同意 | ①因病情需要使用医保目录外药品或诊疗项目的，应书面告知参保人员，严格执行全额自费项目知情同意签字制度；②按规定向参保人员提供住院费用结算清单、住院日费用清单，为参保人员提供查询服务或渠道，并承担其解释工作。 |
| 目录管理 | 15.执行目录政策 | ①严格执行基本医疗保险、生育保险药品、医疗服务项目、医用耗材等目录的支付政策；②建立本机构药品供应与医保目录调整联动机制，不以医保总额控制、医疗机构用药限制、药占比等理由，影响目录内药品的配备、使用；③根据临床用药需求及时配备国家医保谈判药品，提升谈判药品可及性。 | 10 |
| 16.药品耗材管理 | ①规范用药管理，执行目录内药品限定范围和使用规定，并留存用药依据；②加强对价格贵、用量大的药品重点监控和分析；③建立实施高值医用耗材使用分析评价，控制高值医用耗材使用比例的管理制度。 |
| 17.检查治疗管理 | ①严格掌握各种辅助检查的适应症和禁忌症，无将大型仪器检查项目、临床“套餐式”检验项目等作为常规检查的行为；②使用物理治疗与康复项目、中医诊疗项目、精神科诊疗项目、口腔科治疗等项目，应严格掌握适应症，记录相关诊疗的必要性，并有结果分析。 |
| 信息管理 | 18.信息系统建设 | ①指定部门、配备专人负责医保信息系统管理，明确工作职责、设置管理权限；②按照技术标准、接口规范，加强与医保信息系统对接，及时向医保经办机构申报医疗费用；③制定完善的信息系统应急预案，确保参保人员就医结算。 | 15 |
| 19.基础信息管理 | ①按规定做好定点医疗机构、医保医师、医保护士等信息编码贯标工作，动态调整，同步更新；②开展基础信息备案管理。定点医疗机构名称、法定代表人、执业地址、医疗机构类别、银行结算账户等项目发生变更，按规定及时办理变更备案手续。 |
| 20.智能监控 | ①安装对收费结算行为实施全程实时监控的音视频摄像监控系统；②将医保智能监控规则嵌入医院信息系统，按规定做好监控规则的更新维护。 |
| 21.信息安全 | ①真实、准确、及时上传参保人医疗费用明细等信息，无人为篡改作假的行为；②制定信息安全管理制度并有效执行，做好数据备份；③严格执行信息保护制度，无违规泄露参保人个人就医信息的行为。 |
| 医保改革任务落实 | 22.支付方式改革 | ①按照医保支付方式改革的要求，实施多元复合式医保支付方式；②按规定完成DRG、DIP改革任务；③制定本单位医疗费用控制办法，不将总额控制指标简单分解到科室、医务人员。 | 15 |
| 23.药械集中采购和使用 | ①按规定开展国家组织药品、耗材集中采购和使用工作，畅通中选药品和医用耗材入院政策渠道，确保中选药品和医用耗材的供应保障，并按时完成约定采购量；②完善内部考核办法，做好集采药品耗材集中采购医保资金结余使用管理，主要用于相关人员绩效；③按时结算货款，无拖欠货款或变相延长结算货款的情况；④属于医保基金结算的药品，按规定在医保行政部门规定的平台上采购，并真实记录“进、销、存”等情况；⑤在有相同药品替代的前提下，不采购当地医药价格招标采购信用评价等级为“中等”的药品；⑥不采购当地医药价格招标采购信用评价等级为“严重”“特别严重”的药品。 |
| 24.药品和医用耗材进销存管理 | ①建立健全药品“进、销、存”全流程记录和管理制度；②优先配备使用医保药品，配备的符合国家医保药品目录内的药品数量占该机构已配备的总药品数量比例应达到80%以上；③按规定配备国家谈判药品和省谈判药品，对谈判药品品规配备率高于本区同级医疗机构平均水平；④优先配备使用国家组织和省级集中带量采购中选产品，按时完成约定采购量。 |
| 25.“互联网+”医疗服务 | 定点医疗机构开通线上诊疗服务，包括以下三种形式：①远程医疗，利用互联网等信息技术开展远程会诊和远程诊断；②开展互联网诊疗活动，由医疗机构使用本机构注册的医务人员，利用互联网技术直接为参保人提供部分常见病、慢性病复诊和家庭医生签约服务；③设置互联网医院。 |
| 其他 | 26.公开公示 | ①公开就医流程、医保结算流程等；②公示医药价格与医疗收费标准。 | 15 |
| 27.投诉处理 | ①提供多种投诉渠道，包括投诉电话、投诉信箱等，确保投诉渠道畅通、便捷；②安排专人负责，及时处理与医保相关的投诉，对有关情况进行调查落实并在承诺时间内回复参保人。 |
| 28.适老化服务 | ①具备特殊参保人就医绿色通道，配备参保人利用频率较高的特需用品（如轮椅、老花镜、写字板，提供雨伞、饮用水、手机充电器等）；②根据老年参保人患病特点和就医实际情况，为其提供一定比例的现场号源，医联体的核心医院向医联体内基层医疗机构预留一定比例的预约号源，方便老年参保人通过社区预约转诊就医。 |
| 29.信息报送 | 定点医疗机构向医保部门畅通信息报送渠道，依法向医保部门提供服务数量、成本、薪酬等数据。 |
| 30.财经纪律 | 严格执行财经纪律，无违规使用财政补助资金、基本医疗保险基金（含生育保险）、长期护理保险基金、医疗救助基金或违反法律法规挪作其他用途的行为。无通过欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取上述资金的情形。凡出现相关问题的，实行一票否决，不得定为示范点。 |

附件4

柳州市医疗保障服务示范点申报表

|  |  |
| --- | --- |
| 申报单位 | （填写单位全称） |
| 地址 |  |
| 负责人 |  | 联系方式 |  |
| 申报类型 | □柳州市医疗保障服务窗口示范点 □柳州市医疗保障基层服务示范点□柳州市医疗保障定点医疗机构示范点  |
| 基本情况（500字以内）包括单位基本情况、软硬件条件、开展医疗保障服务等情况 |