

ICS 65.020.30

B 43

备案号:

团 体 标 准

T/LZZLXH 023—2021

定点医疗机构医保就医、用药及费用结算 管理规范

Management standard of medical insurance, medication and expense settlement in
designated medical institutions

文稿版次选择

2021 - 07 - 07 发布

2021 - 10 - 07 实施

林芝市质量协会 发布

前 言

本标准按照GB/T1.1《标准工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》给出的规则起草。

本标准由西藏自治区林芝市医疗保障局提出并归口。

本标准起草单位：西藏自治区林芝市医疗保障局、重庆医药高等专科学校、林芝市质量协会、西藏林芝健民医院有限公司、林芝市光明医院有限公司、林芝市济民医院有限公司。

本标准主要起草起草人：蒲前亨、张雪、杨彪、旺堆、李国才、张清芳、赵秀梅、张兴科、杨国胜、索朗边觉、牟乃军、次仁措姆、黄维莉、宁凯、洪忠平、唐大兵、艾中明、向雪松、向志勇、杨运年、陈航。

本标准首次发布。

定点医疗机构医保就医、用药及费用结算管理规范

1 范围

本规范规定了医疗保险定点医疗机构（以下简称医疗机构）关于医保就医、医保用药、医保费用结算等规范。

本标准适用于医疗机构的医保管理。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅所注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

3.1

定点医疗机构

经统筹地区劳动保障行政部门审查，并与医疗保险经办机构签订协议，并经社会保险经办机构确定的，为城镇职工基本医疗保险参保人员提供医疗服务，并承担相应责任的医疗机构。

3.2

参保人员

全区城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险，异地就医的参保人员以及其他保障人员。

4 医保就医

4.1 定点医疗机构应坚持因病施治原则，合规用药、合规检查、合规诊疗，按规定收费。

4.2 试点医疗机构应保证住院参保人员的在床率，三级医院不低于 90%，二级医院不低于 85%，一级医院及以下不低于 80%（一级医院以全员计算，二级及以上等级的医院以科室计算）。

4.3 参保人员住院，须持身份证 / 《社会保障卡》到定点医疗机构治疗。经治医师要认真核对人、证是否相符，对于其病种属于医疗保险支付范围、达到住院标准的，收治住院，告知患者到医院医保窗口办理联网登记手续。医保工作人员要于患者住院 3 日内，将患者的住院登记信息传输到医疗保险信息系统进行网上备案，如发现患者所在单位或个人欠缴医疗保险费的，应及时提醒患者。

4.4 参保患者入院当日，医护人员要向其发放《个人信息安全告知书和医疗保险知情告知书》，便于参保人员了解有关规定，及时反映意见和要求。

4.5 定点医疗机构每日应将参保患者上日发生的医疗费用数据信息，传输到医疗保险信息系统。同时按规定要求向患者发放医疗费用“一日清单”。

4.6 经治医师对参保患者要做到合理检查、用药、治疗，优先提供医疗保险“三个目录”内的医疗服务，确需使用医疗保险统筹外项目时，按规定填写《医保统筹外项目使用知情同意书》。

4.7 建立健全转诊转院及双向转诊和转科制度。严格掌握市外转诊转院标准，因限于技术或设备条件不能诊治的疾病确需转院的，主管医师应按照规定，及时填写《林芝市基本医疗保险异地转院审批表》，并告知提醒患者办理转院手续，转院率控制在医保总人次的2%以内。

4.8 参保病人出院带药，限带住院期间使用的口服剂型，按照急性病不超过5天量，慢性病不超过7天量。

4.9 住院参保患者应于出院1个工作日内完成医疗费用结算。结算时参保患者只需缴纳个人负担的费用，医院出具费用结算单；应由统筹金支付的部分，由定点医院跟医保经办机构结算。

4.10 门诊慢性大病患者执行定点管理规定，医保医师应严格按照林芝市门诊慢性大病鉴定标准进行审核。门诊慢性病就医，经治医师须认真审核身份，一次处方量控制在两周内，最长不超过四周量。

5 医保用药

5.1 试点医疗机构要严格按照《西藏自治区基本医疗保险药品目录》及有关备药率的要求，根据医院实际情况配备好药品目录内的中、西、藏药品，满足医保病人就医需要。

5.2 三级综合性医疗机构备药率不低于80%，二级综合性医疗机构备药率不低于70%，一级及以下医疗机构备药率不低于60%。专科医疗机构备药率可适当放宽，但备药率不得低于50%。

5.3 禁止使用假冒、伪劣、失效、变质药品。

5.4 处方应与诊断、医嘱、病历记录及化验、检查报告相符，用药必须符合《西藏自治区基本医疗保险药品目录》和药品说明书的适应症。

5.5 严格执行医疗保险用药管理规定，根据病情合理用药。

5.5.1 合理使用抗菌素，不得大剂量、重复使用抗菌药物，不得联合使用3种或3种以上的抗菌药物。

5.5.2 同一时期同类型药品使用不超过2个。

5.5.3 对于限病种用药，标注了药品的适应症，临床应有相应的体征、辅助检查的证据、临床诊断依据。

5.5.4 标注为“限二线用药”的药品，应有使用目录中一线药品无效或不能耐受的依据。

5.6 严格按医保规定的用药量处方。

5.6.1 门诊处方

①一般不得超过7日用量（民族医药类医院门诊处方不得超过10日用量）；急诊处方一般不得超过3日用量。

②对部分患慢性病（含门诊特殊病种）、老年病的参保人员或遇特殊情况，处方用量可适当延长，最多不超过1个月量，应在处方上注明理由。

③中草药方剂调剂一次不能超过7付。

5.6.2 出院带药：

可提供与疾病治疗有关的药品（限口服药），一般不超过7天量（民族医药类医院不超过10天量），长期慢性病不得超过15天量，品种数不得超过5个。

5.7 使用目录外自费药品、超药品目录限制范围的药品需事先告知病人或家属，并签字确认。

5.8 不得以药易药、以物代药，禁止开“搭车药”。

5.9 医院相关管理部门定期对门、急诊及住院病人用药情况进行抽查，如发现各种违规行为，按医院相关规定严肃处理。

5.10 执行门诊处方外配制度。如参保病人需到院外购药，门诊医生开具一式两份处方，业务分管院长根据患者的用量审批后，由病人自行到定点药店或上级医院按量购药，不得多购。

6 医保费用结算

6.1 结算原则

定点医疗机构应按照医保相关规定为参保人员即时结算医疗费用。无特殊情况，不得要求参保人员全额现金结算医疗费用。开展异地就医联网结算服务的，无正当理由不得拒绝异地参保人员即时结算费用。

6.2 门诊费用结算

参保人员在定点医疗机构门诊就诊，可使用医保卡结算门诊医疗费用，定点医疗机构开据医保专用发票。医保卡个人账户基金是根据用人单位实际缴纳的基金进度划入的，如果出现个人账户基金不足以支付门诊医疗费时，参保人员用现金结算不足部分。

6.3 住院医疗费用结算

6.3.1 及时结算出院医保病人医疗费用。严格执行物价政策，不超标准收费、重复或分解收费、自立项目收费。

6.3.2 严格按照医保参保类型控制住院医保报销比例，居民农牧民参保人员和职工参保人员报销金额有区别。

6.3.3 定点医疗机构向住院参保人员收取的住院押金，原则上不得超过预计医疗总费用的20%。

6.3.4 结算帐单应与实际发生费用一致，不得串换记帐、多记多收；严禁伪造医疗费用单据、处方、病历等医疗文书，严禁将虚设医药费用纳入基本医疗保险结算；不得将应由医疗保险统筹基金支付的费用列为自费，让医疗保险病人单独交费结算。

6.3.5 禁止将非医疗保险病人、挂床住院医疗保险病人的医药费用纳入医疗保险结算范围；严禁将不属于医疗保险支付范围的诊疗项目、药品、医疗服务设施和医疗保险病人应自付费用的滋补品、保健品或其它物品等，纳入医疗保险结算范围。

6.3.6 所有收费项目必须在病历中有相应记录，严禁多收费、挂靠收费。

全国团体标准信息平台