

固政办〔2019〕49号

**固始县人民政府办公室
关于印发 2019 年固始县城乡居
民基本医疗保险实施方案的通知**

各乡镇人民政府、街道办事处，县政府有关部门：

《2019 年固始县城乡居
民基本医疗保险实施方案》已经
县政府同意，现予印发，请认真抓好落实。

固始县人民政府办公室

2019 年 5 月 20 日

2019年固始县城乡居民基本医疗保险 实施方案

第一章 总 则

第一条 为建立统一的城乡居民基本医疗保险(以下简称城乡居民医保)制度,进一步健全全民医保体系,保障我县城乡居民基本医疗需求,根据《河南省人民政府办公厅关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》(豫政办〔2016〕173号)和《河南省人民政府办公厅关于印发河南省城乡居民基本医疗保险实施办法(试行)的通知》(豫政办〔2016〕194号)规定,结合我县实际,制定本方案。

第二条 建立城乡居民医保制度的原则:

- (一)筹资标准和保障水平与我县经济社会发展水平及各方面的承受能力相适应;
- (二)个人缴费和政府补贴相结合;
- (三)基金以收定支、收支平衡、略有结余;
- (四)各类医疗保障制度统筹兼顾、协调发展。

第三条 县、乡级政府负责本行政区域内城乡居民参保组织工作。税务部门负责城乡居民基本医疗保险保费征收工作,

医疗保障部门主管城乡居民医保工作,财政部门负责城乡居民医保基金预算管理和财政专户管理,卫健部门负责城乡居民医疗服务工作,公安部门负责参保人员户籍认定,民政部门负责享受参保补贴的最低生活保障对象、特困供养人员和优抚对象身份认定。发展改革、审计、教育等部门按照各自的工作职责,协助做好城乡居民医保工作。

固始县城乡居民基本医疗保险中心(以下简称居民医保中心)按照本方案负责城乡居民医保的经办工作。

第四条 按照“统一标准、分县运行、风险调剂”原则,城乡居民医保实行县级统筹。

统一标准即在全县范围内统一筹资政策、待遇水平,统一经办规程和信息系统。

分县运行即以县为单位负责城乡居民医保相关工作。

第二章 覆盖范围

第五条 统一覆盖范围。在我县行政区域内不属于职工基本医疗保险覆盖范围的人员参加城乡居民医保。包括下列人员:

- (一) 农村居民;
- (二) 城镇非从业居民;

(三) 各类全日制普通高等学校、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本专科生、全日制研究生以及职业高中、中专、技校学生(以下统称大中专学生);

(四) 国家和我省规定的其他人员。

第三章 资金筹集

第六条 统一筹资政策。城乡居民医保费用的筹集实行个人缴费和政府补贴相结合。建立政府和个人合理分担、可持续的筹资机制。

城乡居民医保的最低个人缴费标准和财政补贴标准每年由省医疗保障部门、财政部门确定。

第七条 鼓励集体、单位或其他社会经济组织对个人缴费给予扶持或资助。

第八条 城乡居民原则上以家庭(不包括家庭成员中的大中专学生)为单位参保缴费,大中专学生以学校为单位参保缴费。

第九条 最低生活保障对象、特困供养人员、建档立卡贫困人口等所需个人缴费部分由政府给予补贴。

第十条 城乡居民医保费每年缴纳一次,由税务部门进行征缴,缴费时间原则上为上一年度的9月至12月,缴费次年

享受城乡居民医保待遇。城乡居民应按时足额缴纳医保费。

第十一条 城乡居民医保的保险年度为自然年度,即每年的1月1日至12月31日。

第四章 保障待遇

第十二条 统一医保待遇。城乡居民医保待遇包括普通门诊医疗待遇、门诊慢性病待遇、重特大疾病医疗待遇、住院医疗待遇(包括生育医疗待遇、新生儿医疗待遇,下同)。

第十三条 普通门诊医疗待遇。全面建立门诊统筹制度。年度内从门诊基金中划入70元/人均纳入其家庭账户(个人账户),划入50元/人均作为门诊统筹基金,用于参保居民乡、村两级普通门诊费用的支付。门诊统筹不设起付标准,报销比例65%(含一般诊疗费),年度内累计报销额度为200元。城乡参保居民发生的普通门诊医疗费用,应先使用家庭账户(个人账户)支付,家庭账户(个人账户)使用完后,可进入门诊统筹。

家庭账户(个人账户)资金的使用。家庭账户(个人账户)资金,当年第一季度一次性划入。用于参保居民在乡、村两级定点医疗机构门诊就医费用的支出。家庭账户(个人账户)基金实行家庭成员共享,也可在得到救助方同意的情况下用于救助其他参保居民诊疗费用支付。当年有结余的可结转到次年累计使用,但不能用于非医疗消费支出,不得冲抵下年度居民医

保个人筹资款。

门诊统筹基金，以家庭为单位，实行实付制管理。统筹账户基金以家庭为单位，实行家庭成员共享、限额管理、超支不补。

门诊费用的审核支付程序。凡列入门诊补偿的费用必须进入居民医保“家庭账户（个人账户）或门诊统筹管理系统”，凭网络数据予以审核和支付；对参保居民的补偿均由定点医疗机构按次当场直接补偿；对定点医疗机构的补偿审核，以乡（镇）为单位，由当地卫生院（社区卫生服务中心）负责审核确认，并实行逐月报账制；县城乡居民医保管理中心负责监控、跟踪整改（门诊基金管理办法另行发文）。

第十四条 门诊慢性病医疗待遇。选择部分需长期或终身在门诊治疗且医疗费用较高的疾病（或治疗项目）纳入门诊慢性病管理范围。门诊慢性病不设起付标准，普通人员统筹基金支付 65%，贫困人口统筹基金支付 85%，实行定点治疗、限额管理（具体实施办法详见附件 1）。

第十五条 重特大疾病医疗待遇。重特大疾病是指临床路径明确、疗效确切且费用比较昂贵的病种（或治疗项目）。根据基金承受能力和疾病谱的变化，逐步增加保障病种。具体方案按照豫人社医疗〔2016〕15号、豫社保〔2018〕22号文件执行。

第十六条 住院医疗待遇。参保居民在定点医疗机构发生的政策范围内住院医疗费用，起付标准以下由个人支付；起付标准以上由住院统筹基金按比例支付，额度不超过住院统筹基金年度最高支付限额。2018年1月1日之前发生的住院费用（含住院分娩和慢性病以及大额门诊），原则上不再审核补偿。

参保居民住院起付标准和报销比例如下：

类别	医院范围	起付标准（元）	报销比例
乡级	乡镇卫生院 （社区医疗机构）	150	150元-800元 70% 800元以上 90%
县级	二级或相当规模以下 （含二级）医院	400	400—1500元 63% 1500元以上 83%
市级	二级或相当规模以下 （含二级）医院	500	500—3000元 55% 3000元以上 75%
	三级医院	1200	1200—4000元 53% 4000元以上 72%
省级	二级或相当规模以下 （含二级）医院	600	600—4000元 53% 4000元以上 72%
	三级医院	2000	2000—7000元 50% 7000元以上 68%
省外		2000	2000—7000元 50% 7000元以上 68%

14周岁以下（含14周岁）参保居民起付标准减半。其他

参保居民年度内在县级以上(含县级)医院第二次及以后住院,起付标准减半。

鼓励和引导参保居民利用中医药服务。参保居民在县级及以上中医医院住院的,其住院报销起付标准在同级医疗机构规定标准基础上降低 100 元。参保居民使用中医药服务的住院医疗费用,报销比例提高 5%。中医药服务项目指纳入基本医疗保险报销范围的中药饮片、中成药、中药制剂和中医诊疗项目。

规范异地就医住院待遇政策。跨省和省内异地就医直接结算的参保人员,执行就医地医保目录及有关规定(基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准以及支付方式改革按病种、按床日、按疾病诊断相关分组等定额标准)。驻郑省管公立医院执行省直医保目录及有关规定,其他医疗机构执行所在省辖市、省直管县(市)医保目录及有关规定。基本医疗保险统筹基金的起付标准、支付比例和最高支付限额执行参保地政策。

确定住院统筹基金年度最高支付限额。年度最高支付限额为 15 万元。

对县内定点医院年度内住院支付费用实行总额预付制(因享受健康扶贫优惠政策部分,发生的费用不列入总额预付)。(总额预付具体实施方案见附件 4)

常见病定额支付。依据省、市相关政策规定，结合我县实际，制定《固始县年度常见疾病县级、乡级定额支付费用表》（具体方案见附件5）；同一疾病县外住院执行县级支付标准，定额支付病种诊疗过程中发生的变异率不得大于20%。

按病种付费支付。对县、乡定点医疗机构所诊治的常见病中，病种单纯、路径明晰、方便管理的疾病实行按病种付费支付（具体方案见附件6）；同一疾病县外住院执行县级支付标准，其中：“医保支付”为固定金额，“总费用”、“患者自付”均为费用上限。

按床日付费。对精神病患者在县内精神病医院住院治疗者，实行按床日支付，即对每例患者每床日支付70元。

第十七条 生育医疗待遇。参加城乡居民医保的孕产妇住院分娩，住院医疗费实行定额支付。定额标准为自然分娩1400元；剖宫产2000元（多胎妊娠每增加一胎多支付100元，瘢痕子宫多支付100元，此两项不可同时享受）。实际住院费用低于定额标准的据实结算，超过定额标准的按定额标准支付。

第十八条 新生儿医疗待遇。新生儿出生当年，随参加基本医疗保险的父母自动获取参保资格并享受城乡居民医保待遇。新生儿母或父参加当地城乡居民医保的，可凭其母或父身份证明、新生儿出生医学证明，以母或父身份（母或父只可选

择一方)享受出生当年城乡居民医保待遇。父母不是当地城乡居民医保参保人员的,按规定到医保经办机构办理参保手续,新生儿从出生之日起享受当年城乡居民医保待遇。

第十九条 落实贫困人口医保倾斜政策

按照《河南省人民政府办公厅关于进一步提高农村贫困人口医疗保障水平的实施意见(试行)》(豫政办〔2018〕12号)等文件规定,立足现有制度,采取综合措施,提高贫困人口医疗保障水平。全面落实资助困难人员参保政策,确保将特困人员、低保对象、重度残疾人、建档立卡贫困人口等困难人员纳入城乡居民医保和城乡居民大病保险、困难群众大病补充医疗保险,确保应保尽保。扩大门诊慢性病和门诊重特大疾病病种,将农村贫困人口门诊慢性病和门诊重特大疾病政策范围内报销比例提高到85%。同时,简化慢性病鉴定程序,实行随时申报、及时鉴定,确保农村贫困人口及时享受门诊慢性病待遇。进一步落实大病保险对农村贫困人口“一降一提高”的倾斜政策,继续实施困难群众大病补充医疗保险,让惠民政策落地生根。

第二十条 参保居民在一个保险年度内发生的住院医疗费用,经城乡居民医保基金按规定支付后,个人累计负担的合规医疗费用超过一定额度以上的部分,由城乡居民大病保险、

困难群众大病补充保险资金按规定支付。具体方案按照豫政办〔2016〕217号、豫政办〔2016〕196号和豫人社〔2018〕21号有关规定执行。

第五章 保障范围

第二十一条 统一医保目录。城乡居民就医执行河南省基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施范围及支付标准(以下简称“三个目录”)。按河南省人力资源和社会保障厅《关于执行国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2017年版)的通知》(豫人社〔2017〕103号)以及河南省人力资源和社会保障厅《关于印发河南省基本医疗保险和生育保险诊疗项目暨医疗服务设施目录(试行)的通知》(豫人社医疗〔2016〕17号)规定执行。

参保居民发生的属于“三个目录”范围的医疗费用,由城乡居民医保基金按规定支付。

第二十二条 下列医疗费用不纳入城乡居民医保基金支付范围:

- (一) 应当从工伤保险基金中支付的;
- (二) 应当由第三人负担的;
- (三) 应当由公共卫生负担的;

（四）在境外就医的。

第六章 医疗服务管理

第二十三条 推进建立居民医保分级诊疗制度，加强县外转诊转院的管理。

要充分发挥居民医保报销政策调节作用，合理拉开不同级别医疗机构起付线和报销比例的差距，引导参保居民合理就医。结合实际明确基层医疗卫生机构的诊疗病种范围，积极建立以各级医疗机构诊疗能力为基础的分级诊疗制度，二级定点医疗机构收治的患者进入康复期原则上转诊至乡镇卫生院或社区卫生服务中心进行康复治疗。

各定点医疗机构及其医务人员要本着对参保患者负责任的态度，主动引导其在县内医院就近就便接受诊疗，对确因病情需要、参保人员需转往县外市级及以上医疗机构住院的，应到县内具有“定点转诊资格”的医院（县二级医院）开具转诊转院证明；需连续再次转院的，应由所住医疗机构开具转诊转院证明，同时向固始县城乡居民医保中心备案；在即时结算定点医疗机构就医的，并同步办理电子转诊。定点转诊资格医院应与城乡居民医保经办机构签订《固始县城乡居民医保县外转诊定点医院管理协议》，按协议规定合理控制县外转诊率。办

理转诊过程中，必须尊重患者自主选择医院的权利，不得强行指定转往医院。

参保居民在县外居住地生病，应首选居住地的县、乡级医疗机构就医；确因病情需要转诊至市级及以上医疗机构的，应由居住地县、乡级医疗机构出具转院证明，需连续再次转院的，应由所住医疗机构开具转诊转院证明；且每次住院同时均需向固始县城乡居民医保中心备案，否则视为非正常转诊。

河南省内二级及以下医疗机构不需要办理纸质转诊，只需办理电话备案。

对未按规定办理转诊转院手续，自行到县外医院诊治或非正常转诊者，按其住院费用的实际报销比例下调 20%。

积极推行跨省异地就医即时结算，按河南省人力资源和社会保障厅、河南省财政厅《关于印发河南省基本医疗保险跨省异地就医住院医疗费用直接结算实施细则（试行）的通知》（豫人社〔2017〕62号）、《关于印发河南省基本医疗保险省内异地就医住院医疗费用直接结算经办规程（试行）的通知》（豫人社〔2017〕63号）及河南省人力资源和社会保障厅转发人力资源社会保障部办公厅《关于切实做好跨省异地就医直接结算备案管理等有关工作的通知》（豫人社办〔2017〕153号）相关规定执行。

第二十四条 加强城乡居民医保经办机构自身建设，不断提高人员素质和监管服务水平。

县城乡居民医保经办机构及其管理服务人员要加强城乡居民医保政策学习培训，熟练掌握有关政策、制度、法律规范等，并严格落实，认真执行。要不断强化服务意识，改进服务措施，提高服务能力和监管水平。要加强内部人员的监管，防止工作人员利用职务之便，谋取不正当的利益。要定期组织有关人员认真研究审核、督查、财务、信息等方面遇到的新情况新问题，并采取有效措施，督促整改。要加强全员审核、督查等实战技能的培养、改进和提高。

第二十五条 加强基金运行监管，建立城乡居民医保基金安全保障机制。

认真落实城乡居民医保基金财务和会计制度，严格遵守制度规定，强化各种监管措施，切实加强对基金运行过程和结果的监督检查，确保基金安全和专款专用。发挥群众监督和审计监督的作用，及时纠正基金管理运行中的不规范行为。严格执行居民医保公示制度，定期公示城乡居民医保基金收支和参保居民医疗费用补偿等情况，进一步增加城乡居民医保工作的透明度，防范基金被贪污、截流、挪用、骗取等违法违纪现象发生，确保基金管理规范有效，使用安全合理。

参保居民在定点医疗机构就医发生的医疗费用，属于城乡居民医保基金支付的，定点医疗机构据实结算，应由个人支付的医疗费用，由本人与定点医疗机构结清，县城乡居民医保中心根据规定对县内定点医疗机构支付的医保费用采取“总额预付、年终决算”的方式进行结算。

第二十六条 加强服务监管，建立定点医疗机构定期督导机制。

跨年度住院的参保居民，对于 2018-2019 年度连续参保的，不再办理年终结算手续，跨年度住院医疗费用全部累加到 2019 年度，出院按 2019 年度政策报销，只收取一次起付线，打印生成 1 张住院发票；2018 年度参保，2019 年度未参保的，只报销 2018 年度发生的住院医疗费用，其基本医疗、大病保险、大病补充医疗保险报销费用累加到 2018 年度；2018 年度未参保，2019 年度参保的，只报销 2019 年度发生的住院医疗费用。

强化对定点医疗机构《协议》管理，明确双方的责任、权利和义务；健全定点医疗机构定期督导制度、医药费用警告与通报制度、约谈制度，规范定点医疗机构诊疗行为；监督定点医疗机构主动为入院患者办理城乡居民医保住院手续，并实时上传费用信息，对患者入院三天内仍未办理城乡居民医保住院

手续者，该患者此次住院的全部补偿费用由定点医疗机构承担；督促定点医疗机构加强医药费用控制，提高服务质量。

凡确定为非营利性城乡居民医保定点医疗机构的，医疗服务收费不得超过规定的政府指导价。严惩带有回扣性质促销药品使用的单位及医务人员。

严格控制目录外药品和诊疗项目所占比例。二级城乡居民医保定点医疗机构使用目录外药品和诊疗项目占总费用的比例不得超过5%，基层医疗机构（包括一级医院、乡镇卫生院和社区卫生服务中心）不得超过2.5%；因病情需要必须使用时，应事先征得患者或其家属签字同意。未经患者或其家属签字同意随意使用目录外药品和诊疗项目产生的费用，由定点医疗机构及其经治医生负责承担。

县城乡居民医保管理部门要全面加强对定点医疗机构的日常监管，并建立定期或者不定期巡查督导机制，监督医务人员服务行为，并对参保居民的报销费用进行抽查，防止“冒名顶替”、“串换病种”等情况的发生；要加强日常检查督导，及时分析各定点医疗机构费用控制和参保居民受益情况，督导有关定点医疗机构对存在的问题限期整改。整改落实不到位的，将视其情况扣减补偿费用、暂停其定点医疗机构服务资格等，并由固始县医疗保障部门和纪检监察部门对相关责任人进行

严肃处理。

第二十七条 加强运行分析，建立基金透支风险预警机制。

县城乡居民医保中心每月对城乡居民医保工作进行一次运行分析，医保部门会同卫健部门每个季度至少召开一次基金运行分析会，主要对城乡居民医保基金收支情况、定点医疗机构费用控制情况、参保居民受益情况、城乡居民医保各项政策规定落实及日常监管工作开展情况等认真分析和评价，对存在的问题进行深入剖析、通报，并跟踪处理到位。

第二十八条 加强定点医疗机构内部管理，建立定点医疗机构自我约束机制。

各级定点医疗机构都要建立健全内部城乡居民医保管理组织和相关制度，配备相对稳定的专（兼）职人员和基本设备，加强管理，规范服务，降低费用，确保参保居民得到安全、廉价、有效的医疗服务。经治医生是核实患者参保身份的第一责任人，要加强对医务人员城乡居民医保政策的全员培训，使广大医务人员充分认识建立城乡居民医保制度的重大意义，了解城乡居民医保相关政策及监管的具体措施，熟悉城乡居民医保报销基本药物目录和诊疗项目目录，增强其服务大局观念、社会责任感和规范服务意识。要制定城乡居民医保费用控制的具体措施，督促医务人员严格执行城乡居民医保报销基本药物目

录和基本诊疗目录，确保合理收治、合理检查、合理用药、合理收费，严格控制医疗费用的不合理增长。要积极支持和配合各级城乡居民医保管理经办机构履行核查职责，提供各种原始医疗文书及相关资料。

第二十九条 强化责任追究，严肃查处违规违纪行为。

认真贯彻落实国家建立城乡居民医保制度的决策和部署，把加强城乡居民医保监管、完善城乡居民医保制度纳入目标责任制管理，精心组织，周密部署。建立完善城乡居民医保工作目标管理责任体系，定期组织开展监督检查，明察暗访，及时发现和纠正资金筹集、基金管理、费用支付、医疗服务等方面存在的问题。要畅通投诉举报渠道，对群众举报投诉，要及时进行核查。对违反城乡居民医保有关政策规定的相关单位和责任人进行严肃处理。对城乡居民医保监管工作失职发生重大违规、违纪、违法行为的，对监管不严、查处不力、隐瞒不报、包庇袒护的，要严肃追究有关领导和责任人的责任。

第七章 基金管理

第三十条 统一基金管理。城乡居民医保基金执行国家和我省统一的基金财务制度、会计制度和基金预决算管理制度。

第三十一条 城乡居民医保基金收入包括城乡居民缴费

收入、财政补贴收入、社会捐助资金收入、利息收入、其他收入等。

第三十二条 医保经办机构要设立城乡居民医保基金收入户、支出户，财政部门要设立财政专户。城乡居民医保基金实行“收支两条线”管理，独立核算，专款专用，任何单位和个人不得挤占、挪用。

第三十三条 城乡居民医保基金按国家和我省规定的社保基金优惠利率计息。

第三十四条 城乡居民医保基金支出包括门诊统筹基金支出(含家庭账户、个人账户，下同)和住院统筹基金支出。门诊统筹基金支出主要用于参保居民普通门诊医疗费用，住院统筹基金支出主要用于参保居民住院医疗费用、重特大疾病医疗费用和门诊慢性病医疗费用。

第三十五条 强化基金管理，加强监督检查。医疗保障部门要建立基金收支运行情况信息公开制度。财政、审计部门要按照各自职责，对城乡居民医保基金的收支、管理情况实施监督。

第八章 信息系统

第三十六条 要根据全省城乡居民医保信息系统建设的

要求，做好系统维护工作，实现医保经办机构与各经办网点、定点医疗机构、金融机构和商业保险机构之间联网对接，确保高效运行。

第三十七条 县医保经办机构要使用城乡居民医保信息系统办理参保登记、待遇支付、费用结算等经办业务。

第三十八条 建立健全城乡居民医保监控系统，实现智能审核和实时监控。

第三十九条 人力资源社会保障部门向参保居民发放社会保障卡，实现参保居民持卡就医结算。

第四十条 进一步推进本级医保经办机构与省级跨省异地就医住院结算平台的联网对接，方便群众异地就医住院即时结算。

第四十一条 县政府对城乡居民医保信息系统建设和维护给予必要的经费支持。

第九章 附 则

第四十二条 本方案由固始县医疗保障局负责解释。

第四十三条 本方案自2019年1月1日起施行。因上级政策调整，确需调整的将另行发文。

附件：1. 固始县城乡居民基本医疗保险门诊慢性病管理办法

2. 固始县城乡居民基本医疗保险中心定点医疗机构服务协议
3. 固始县城乡居民基本医疗保险中心县外转诊定点医院管理协议
4. 固始县 2019 年度城乡居民基本医疗保险住院费用总额控制支付及管理考核办法
5. 固始县 2019 年度城乡居民基本医疗保险常见疾病县级、乡级定额支付费用表
6. 固始县 2019 年度城乡居民基本医疗保险按病种付费县级、乡级支付费用表

主办：县医疗保障局

固始县人民政府办公室

2019年5月20日印发

附件 1

固始县城乡居民基本医疗保险门诊慢性病 管 理 办 法

一、凡参加我县城城乡居民基本医疗保险，符合规定门诊慢性病病情指征或基本条件人员（以下简称门诊慢性病参保人员）的门诊治疗，适用本办法。

二、我县纳入门诊慢性病病种范围有：恶性肿瘤放化疗、器官移植抗排异治疗、肝硬化、糖尿病、II 期以上高血压、系统性红斑狼疮、肺结核病（含强阳性）、精神病（精神分裂症、分裂情感性障碍、持久的妄想障碍（偏执性精神病）、双相（情感）障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍）、帕金森病综合症、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、阻塞性肺气肿（肺源性心脏病）、慢性肾功能不全（非透析）、冠状动脉粥样硬化性心脏病（非隐匿型）、急性脑血管疾病后遗症、癫痫病 16 种慢性病纳入《固始县城乡居民基本医疗保险门诊慢性病表》（全省重特大疾病保障范围内的门诊病种，不再纳入门诊慢性病种范围）。

三、城乡居民基本医疗保险门诊慢性病的申报、鉴定工作，

原则上每双月中旬进行一次。为保证鉴定和审批工作公平、公正，申报资料凭近两年内县二级及以上医疗机构住院病历复印件、社会保障卡、身份证，由个人提出申请，填写《城乡居民基本医疗保险门诊慢性病审批表》，由辖区内乡镇卫生院、社区卫生服务中心组织筛查后，将具备条件的患者资料上报县居民医保管理部门，居民医保管理部门组织相关专家进行统一鉴定，符合条件者方可享受基本医疗保险门诊慢性病医疗待遇。患恶性肿瘤、异体器官移植抗排异的参保人员，凭化验、病检及CT检查报告单和近期住院病历等相关资料，可随时申报门诊慢性病医疗待遇。同一参保人员申报的门诊慢性病病种不限（16种慢性病之内），但只享受一种门诊慢性病病种月限额。

四、对符合门诊慢性病认定条件的人员可以配发慢性病就医证卡，实行动态管理，原则上治疗期为两个对应年度。医疗保险经办机构定期对门诊慢性病参保人员进行抽查，每年组织一次复查。对病情不再符合门诊慢性病基本条件和指征的，经办机构将取消其相关待遇。

五、门诊慢性病实行定点管理，参保人员应选择一家定点服务机构进行门诊治疗，定点服务机构要建立基本医疗保险门诊慢性病病历档案，严格遵守城乡基本医疗保险政策，做到针

对性治疗、合理用药、合理收费，完整记录其病情变化及诊治情况。各种药品费用及时录入微机，数据及时上传医疗保险经办机构。在门诊慢性病病种范围内合理用药，能选用廉价药品的不得使用昂贵药品。不得滥用辅助治疗或同时采用多种治疗，所使用药品必须与慢性病病种治疗直接相关的药品，不得使用与认定病种无关的药品。

六、门诊慢性病参保人员发生的符合规定纳入统筹基金支付的慢性病门诊医疗费用，普通人员统筹基金支付 65%，贫困人口统筹基金支付 85%，其他由个人负担，属于统筹基金支付的费用，由定点服务机构结算。除恶性肿瘤患者的门诊放化疗费用按项目结算外，其他门诊慢性病种的门诊治疗费用，由医保经办机构对各定点服务机构实行定额结算，门诊慢性病参保人员每月定额须当期使用，不可累计使用，医保经办机构每个月与各定点服务机构结算一次医疗费用，慢性病具体限额标准按信人社〔2016〕99 号文件标准执行。

七、门诊慢性病参保人员住院期间，统筹基金支付的合规医疗费用要与其住院医疗费用合并计算，超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额的医疗费用由大额医疗保险解决。

八、门诊慢性病参保人员在门诊治疗期间，发生的规定病

种以外的其他病种的治疗费用，统筹基金不予支付。

九、门诊慢性病参保人员在门诊慢性病的治疗有效期内，不得擅自更换定点服务机构。治疗期满需要更换定点服务机构的，在规定时间内，由本人或者委托其亲属或者其所在单位提出申请，经医保经办机构签署意见同意后，方可更换。更换定点服务机构后，原定点服务机构应当将其门诊慢性病病历档案退还给参保人员，由参保人员移交给新的定点服务机构。

十、门诊慢性病患者应到定点医疗机构或定点药店诊治，并出示社会保障卡、身份证，自觉接受医务人员身份核对。不得将社会保障卡转借他人，如转借他人，一经发现，追回套取资金，并取消其门诊慢性病资格。

十一、定点医疗机构医保管理人員和接诊医务人员是病人身份信息核对的直接责任人，要增强责任意识，避免冒名顶替行为发生。

十二、定点医疗机构医保管理人員每月与医保经办机构结算时需要提供的资料包括：患者身份证复印件、慢性病确认表复印件、慢性病门诊发票、慢性病处方、慢性病费用明细、慢性病补偿单、该院本月收治慢性病的总明细。

十三、为加强对基本医疗保险门诊慢性病治疗工作的监督

管理,医疗保险经办机构应组织工作人员对承担基本医疗保险门诊慢性病工作的定点服务机构和门诊慢性病参保人员进行定期检查或抽查;对弄虚作假、徇私舞弊、骗取医疗保险统筹基金等违规行为的,将依照省、市、县有关规定给予严肃处理。

十四、脱贫攻坚期间,门诊慢性病具体实施政策依据固脱贫攻坚指挥部文件执行。

十五、本办法由固始县医疗保障部门负责解释。

附件:固始县城乡居民基本医疗保险门诊慢性病表

附件 2

固始县城乡居民基本医疗保险 定点医疗机构服务协议

为保证城乡居民基本医疗保险制度实施,保障参保人员的合法权益,规范定点医疗机构的医疗服务行为,构建和谐医、保、患关系,根据《中华人民共和国社会保险法》、《河南省城乡居民基本医疗保险实施办法(试行)》,以及《固始县城乡居民基本医疗保险实施方案》等有关法律法规和相关政策,甲乙双方在自愿、平等、协商的基础上,就医疗服务有关事宜签订如下协议。

第一章 总 则

第一条 甲乙双方应当认真贯彻执行国家、省以及本统筹地区有关城乡居民医疗保险、医药卫生、物价等规定,保证参保人员享受基本医疗保险服务。

第二条 乙方提供医疗服务的对象包括:参加本统筹地区的城乡居民基本医疗保险人员以及异地就医的参保人员。

第三条 乙方为参保人员提供医疗服务的范围,包括:住院、门诊等类别的医疗服务,乙方所提供的医疗服务应当符合卫生行政部门许可的诊疗科目。

第四条 甲乙双方应当依照国家、省及本统筹地区有关政策法规，正确行使职权，有权监督对方执行有关政策法规和履行职责的情况，举报或投诉对方工作人员的违法行为，向对方提出合理化建议。

第五条 甲方应当履行以下义务：

（一）及时向乙方通报城乡居民医疗保险法规政策和管理制度、操作流程的变化情况，并接受乙方咨询。

（二）加强医疗保险基金管理，完善支付方式及结算办法，及时审核并按规定向乙方拨付应当由城乡居民医保基金支付的医疗费用。

（三）组织乙方与医疗保险管理有关的人员培训。

第六条 乙方应当履行以下义务：

（一）建立健全城乡居民基本医疗保险管理服务机构，由一名院级领导分管，配备专职管理人员，明确并履行管理职责。严格执行城乡居民基本医疗保险政策法规，将政策执行情况作为日常监管和绩效考核的重点内容，定期进行监督检查和考核评估。

（二）根据国家、省、县有关法律法规以及本协议内容，为参保人员提供合理、必要的医疗服务；严格执行首诊医师负责制和因病施治及优先适宜技术的原则，合理检查、合理治疗、合理用药、合规收费；采取有效措施控制医药费用的不合理增

长,减轻参保人员负担。

(三) 向甲方提供与城乡居民基本医疗保险有关的材料,即时传输参保人员就医、结算及其他相关信息,保证材料和信息的真实、准确、完整。

第七条 乙方应当在本机构的显要位置悬挂由甲方制发的定点医疗机构标牌,并通过宣传栏、电子屏等向就医的参保人员宣传城乡居民基本医疗保险的主要政策、本协议的重点内容和就医流程,公布常用药品和诊疗项目价格,设置“投诉信箱”,对参保人员的投诉及时核实、处理。

甲乙双方应当为参保人员提供相关的咨询服务。

第八条 甲方应对乙方的医疗服务行为及医疗费用进行实时监控,根据需要对乙方医疗服务进行定期或不定期监督检查,将有关情况列入日常考核内容,并将监控和监督检查情况及时反馈给乙方。甲方如需查看参保人员病历及有关资料、询问当事人,乙方应予以合作。乙方有责任(义务)向甲方提供与医疗服务有关完整的材料和数据,并确保内容真实。因乙方提供资料问题导致的纠纷,乙方承担责任。对于乙方提供的资料,甲方有保密的义务。

第二章 就医管理

第九条 参保人员就医时(包括挂号、记账收费、出入院

和转院等), 乙方应当对其身份进行核验, 发现证件无效、人证不符的, 不得进行医疗保险结算; 有骗保嫌疑的, 应当及时报告甲方。乙方应严格掌握住院标准或入径标准, 不得将不符合住院条件的参保人员收入院, 不得降低按病种付费病种的入径标准, 也不得拒收符合住院条件的参保人员。

第十条 乙方应当为参保人员就医建立病历, 并妥善保存备查。病历的诊疗记录应当真实、准确、完整、清晰, 化验检查须有结果分析。

第十一条 乙方应当充分利用参保人员在其他定点医疗机构所做的检查化验结果, 避免不必要的重复检查。

第十二条 乙方应当做到医院管理系统上传信息一致, 病程记录、检查结果、治疗单记录和票据、费用清单等相吻合。

第十三条 乙方应当保证参保人员知情权、同意权, 向参保人员提供费用结算清单(按病种付费患者除外), 建立自费项目、高值耗材使用的参保人员告知、确认制度。不得要求住院参保人员到门诊缴费或药店购药。

第十四条 乙方应当严格执行出、入院和重症监护病房收治标准, 不得推诿和拒绝符合住院条件的参保人员住院治疗; 不得将不符合入院标准的参保人员住院治疗; 不得要求未达到出院标准的参保人员提前出院或自费住院; 为符合出院条件的

参保人员及时办理出院手续，参保人员拒绝出院的，应当自通知其出院之日起，停止医疗保险费用结算。

第十五条 参保人员在乙方就医结算时，乙方应及时为其办理城乡居民医保费用结算支付，并完善病历资料、住院收费单据或发票上的患者签字程序，参保人员只需交纳按规定应当由个人承担的费用，其余费用由甲方按本协议向乙方支付。享受“先诊疗、后付费”的参保人员，按文件规定的要求执行。

第十六条 甲乙双方应当明确参保人员的投诉渠道并公布，设立城乡居民基本医疗保险投诉箱，对参保人员维护合法权益、医疗服务质量等方面的投诉应当及时核实情况予以处理。

第三章 药品和诊疗项目管理

第十七条 乙方应当严格执行本省制定的《基本医疗保险、工伤保险、生育保险药品目录》，以及医疗保险诊疗项目、医疗服务设施、医用材料标准。超出目录或标准范围的费用，医保基金不予支付。

第十八条 乙方应当根据开展医疗保险服务的需要调整药品供应结构，确保医保目录内药品的供应。

乙方应当优先和合理使用药品目录甲类药品。药品目录内

药品配备率要达到 95%以上，使用率要达到 80%以上。住院费用中药品费用占总费用比例不超 40%，其中甲类药品占药品总费用比例不低于 30%，自费药品占药品总费用比例 20% 以下。

第十九条 甲方应当根据医疗保险费用的支付范围及管理需要，建立医疗保险结算项目代码（以下简称“代码”）管理制度，包括科室代码、医师代码、药品代码、诊疗项目代码、医用材料代码、疾病诊断代码和手术代码等，乙方应接受甲方指导，建立并维护与之对应的数据库和代码，无代码的医疗项目费用甲方不予支付。

第二十条 乙方对参保人员用药应当遵循药品说明书，严格掌握目录内特殊限定药品的使用范围并留存用药依据便于甲方核查。超出药品适应症或特殊限定范围、缺乏相关依据的费用，甲方不予支付。

第二十一条 乙方工作人员开具西药处方应当符合西医疾病诊治原则，开具中成药、中药饮片处方应当遵循中医辨证施治原则合理用药。乙方应当采取措施，鼓励按照先甲类后乙类、先口服制剂后注射制剂、先常释剂后缓（控）释剂型等原则选择药品；鼓励药师在调配药品时首先选择相同品种剂型中价格低廉的药品；药品目录中最小分类下的同类药品不宜叠加

使用。

第二十二条 乙方医务人员在处方、病历上开具药物时必须使用通用名或加注通用名。乙方在参保人员出院时,只能提供与疾病治疗有关的药品,参保人员出院带药一般不超过3种,带药量一般不超过7天。精神病用药、恶性肿瘤口服化疗药等特殊药品可适当延长。

第二十三条 乙方购入药品及医用材料,应保存真实完整的药品、医用材料购进记录,建立相应购、销、存台账,并留存销售凭证。药品购进记录必须注明药品的通用名称、生产厂商(中药材标明产地)、剂型、规格、批号、生产日期、有效期、批准文号、供货单位、数量、价格、购进日期。

第二十四条 乙方应当严格掌握各项化验、检查的适应症,不得将特殊检查项目(如彩超、CT、MRI等)列为常规检查。特殊检查项目主要诊断阳性率应当达到70%以上;检查检验费用占总医疗费的比例不得超过30%。

第二十五条 乙方应当建立植入类医疗器械使用的内部申请审核制度,定期保存并按规定向参保人员提供使用记录。

第四章 医疗费用结算

第二十六条 乙方应当按照河南省和本统筹地区医疗服务

项目和价格收费标准及其说明等规定进行收费。未经相关主管部门批准的项目不得收费。乙方经相关主管部门批准的新收费项目，应当凭批准文件和有关材料向甲方申请，未经同意的，其费用甲方不予支付。

第二十七条 乙方应当遵循卫健部门规定的诊疗规范和相关主管部门的有关规定，落实药品“零差率”销售，严格掌握各种检查、治疗和药品使用的适应症和禁忌症。不得将临床“套餐式”检验作为常规检验；不得过度检查、治疗和用药；不得套用、提高收费标准或分解收费；不得空挂床计费。

第二十八条 乙方应当按月将参保人员的结算信息明细、医疗费用结算申报表汇总、整理后，向甲方申报。

第二十九条 甲方应当严格按照规定对乙方申报费用进行审核，如发现乙方申报费用有不符合医疗保险支付规定的，甲方应当及时告知乙方并说明理由。乙方应当在 7 个工作日内向甲方做出说明，逾期不说明的，甲方可拒付有关费用。甲方可采取随机抽查的方式对乙方申报的医疗费用进行审核，对抽查中查实的违规费用，甲方可予以拒付。若乙方同一违规问题半年内发生三次以上，甲方将按规定对乙方当事人及相关负责人进行严肃处理。

第三十条 乙方应严格控制医疗费用不合理增长，甲方应将乙方次均住院费用、住院目录外药诊占比、支付比、平均床

日费用等超出控制标准情况作为重要依据,与年终结算以及续签协议挂钩。

第三十一条 城乡居民大病保险及重特大疾病救治项目的费用结算按照上级有关规定执行。

第三十二条 甲方对乙方申报并经审核通过的医保结算费用,应及时支付给乙方。

第三十三条 乙方应当严格执行政府主管部门制定的医院财务制度、医院会计制度及收入分配制度,规范财务管理。被甲方拒付的医疗费用,由乙方承担并及时作相应财务处理。

第三十四条 参保人员与乙方发生医疗纠纷并涉及医疗费用结算的,乙方应当及时报告甲方。在医疗事故鉴定委员会做出是否属于医疗事故的认定之前,相关医疗费用甲方暂不予支付。经认定为医疗事故的,因医疗事故及治疗其后遗症所产生的医疗费用甲方不予支付。

第三十五条 对于基金已经支付,后被发现乙方违反有关规定的医疗费用,甲方有权予以追回,并按相关规定对乙方进行处理。

第五章 转诊转院管理

第三十六条 甲乙双方应将异地就医人员纳入本地统一管理,在医疗服务提供、医疗信息记录、医疗行为监控、医疗费

用审核等方面提供与本地参保人员相同的服务和管理。

第三十七条 乙方应当建立健全转诊转院制度,因医疗技术或设备条件不能诊治时,应及时为参保人员办理上转手续;乙方应严格控制有条件诊治的参保人员转出率,本年度本县内具备向上转诊资格的二级医院,转出率不得超过本年度住院总人次的百分之十。乙方未及时将符合转诊转院条件的参保人员转出,因诊治延误等造成的后果由乙方承担。

第三十八条 乙方为参保人员办理转诊转院手续时,应在尊重参保人员选择权的基础上,引导其合理选择就诊医疗机构。不得强行为参保人员指定医疗机构。

第六章 信息管理

第三十九条 甲、乙双方应当遵守信息安全管理规范,制定信息安全管理规定并有效执行。保证参保人员就医、结算等信息的安全,严格执行信息保密制度。

第四十条 乙方应设置信息管理科室,明确专人负责管理信息系统。明确专职管理人员的管理职责,合理设置信息管理系统管理权限,并将负责专职管理人员名单报甲方备案,甲方应当根据需要组织乙方对其进行业务培训。

第四十一条 甲乙双方应满足对方的信息安全管理要求,

保证双方信息系统的安全性和可靠性。甲方应保障信息系统中参保人员信息、政策参数等基础信息的准确性。乙方必须配备相关联网设施设备,具备规范的医院管理信息系统,保证信息系统符合甲方的技术和接口标准,并按甲方要求实现信息系统及时、有效对接。因网络通讯及软件升级产生的费用和年度服务费用由乙方承担,信息系统开发商每年直接向定点医疗机构收取费用,双方自行协商相关收费事宜。

第四十二条 甲乙双方应共同遵守《河南省社会保障卡密钥载体安全管理制度》以及原新农合“金燕卡”安全管理使用流程,确保密钥载体、工号安全。严格遵守申请登记、审核、发放、变更、注销及日常维护等工作制度,相关设备和工号未经甲方批准乙方不得流转给其他单位或个人使用。

第四十三条 乙方应在 24 小时内完成参保人员入院信息录入和费用信息传输,确保数据的准确性、真实性和完整性,并按要求做好数据备份。

第四十四条 乙方要按甲方的要求传输参保人员就医信息和费用申报信息,无论采取何种付费方式,乙方都要将参保人员的全部就医信息真实完整地传输给甲方。乙方确保向甲方传输的参保人员就医、结算及其他相关信息均由信息系统自动生成,按甲方要求规范填写并与实际情况相符,不得人为篡改作假。

第四十五条 甲乙双方应当制定应急预案,任何一方的信息系统出现故障并影响到参保人员就医的,要及时通知对方,并启动应急预案。在故障排除前,乙方应当实行手工结算,保障参保人员正常就医结算。

第七章 违约责任

第四十六条 乙方下列医疗费用不纳入甲方保险支付范围:

- (一) 应当从工伤保险基金中支付的;
- (二) 应当由第三方负担的;
- (三) 应当由公共卫生负担的;
- (四) 在境外就医的;
- (五) 因医疗事故发生的费用;
- (六) 违反国家和省、县医保、卫健部门政策规定及其他不符合规定的医疗费用。

第四十七条 甲方有下列情形的,乙方可要求甲方纠正:

- (一) 未及时告知乙方医疗保险政策和管理制度、操作流程变化情况的;
- (二) 未按本协议规定进行医疗费用结算,或设置不合理条件的;

(三) 工作人员违反《社会保险工作人员纪律规定》的;

(四) 其他违反基本医疗保障法律、法规的行为。

第四十八条 乙方发生下列情况但未造成医疗保险基金损失的,甲方可对乙方作出约谈、限期整改、暂停结算等处理:

(一) 未按本协议要求落实管理措施的;

(二) 未及时、准确、完整提供甲方要求提供资料的;

(三) 未落实参保人员知情权,不向其提供费用明细清单等资料的;

(四) 未及时查处参保人员投诉和社会监督反应问题的;

(五) 未按行政主管部门批准的医院级别收费或对本地和异地参保人员实行差异化收费的。

第四十九条 乙方发生下列情形导致增加费用,并申报费用结算的,甲方可对乙方作出拒付费用,并给予拒付(根据具体情况,按照抽查比例进行相应放大,扣款比例按照抽查比例倍数的百分比(30%)进行处罚,即如抽查比例为10%,扣款金额按照查实违规金额10倍的30%进行处罚;如抽查比例为20%,按照扣款金额为查实违规金额5倍的30%进行处罚),对涉事的相关医务人员转医政、职称部门处理:

(一) 通过虚假宣传,诱导参保人员住院的。

(二) 虚记多记药品、诊疗项目、医用耗材、医疗服务设施费用的。

(三) 协助参保人员开具药品用于变现、套取医保基金的。

(四) 伪造虚假医疗文书或凭证等,虚构医疗服务,伪造医疗文书或票据骗取医保基金的;私自联网并申请结算有关医保费用的;按病种付费患者已经离院或转院,未及时退出、跳转路径,继续按病种付费方式结算的。

(五) 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、保健滋补品等费用串换为医疗保险政策范围内费用,申请结算,套取基金支付的。

(六) 留存、盗刷医保卡,冒名顶替住院、挂床住院(未履行请假手续不在医院、无固定床位或多人共用一个床位、住院期间请假超过3次、病区总请假人数超过总住院人数的10%)、分解住院、扩大住院指征住院、将不符合入院指征的参保人员收治住院的、串换病种、将不符合按病种付费规定纳入按病种付费方式管理的。

(七) 违反物价政策、分解收费、重复收费、超标准收费或者自定标准收费等情况;参保人员投诉乙方违反规定不合理收费,甲方查实后,乙方应负责退还;

(八) 不符合城乡居民基本医疗保险“三个目录”的诊疗行为、收费行为及其他违反社会保险政策规定,造成基金损失的;

(九)要求参保人员在住院期间到门诊或另设自付账号交费的;

(十)不具备执业资格或医保医师服务资格医师的处方或医嘱产生的费用;

(十一)采取不正当减免医疗费用、回扣、医托、虚假宣传等手段招揽或推介参保患者的;

(十二)超出《医疗机构执业许可证》准许范围或执业地址提供医疗服务项目,并发生医保费用结算的;将科室或房屋承包、出租给个人或其他机构的,并以本医疗机构名义开展诊疗活动的,且发生医保费用结算的;为无医疗保险结算资格的医疗机构提供结算的;

(十三)违反卫生行政部门管理要求,过度检查、过度治疗的;违反用药管理规定、超适应症用药的;

(十四)不配合甲方工作,不及时、准确、完整提供甲方检查中要求其提供的相关资料的;

(十五)门诊统筹患者年底集中开药的;

(十六)其他造成医疗保险基金损失的行为;

(十七)其他违反本协议约定的行为。

第五十条 经查实乙方在医疗服务过程中有下列情形之一的,甲方可暂停乙方服务或终止协议:

(一)发生第四十九条情形内五条以上的(含五条),严

重侵犯参保人员权益,造成医保基金损失和恶劣社会影响的;

(二) 年度内发生三次及以上医疗事故并造成严重后果的;

(三) 受到卫生行政部门吊销《医疗机构执业许可证》处罚的;

(四) 暂停服务期间未进行及时、有效整改的;

(五) 其他造成严重后果或重大影响的违规行为。

第五十一条 甲方对乙方医务人员,在医疗服务过程中出现以下行为的,可予以拒付违规医疗费用、取消其城乡居民医保处方权以及向卫生主管部门建议给予其行政处罚及媒体曝光,并将处理结果抄送医保部门。

(一) 滥用药物、无指征或重复检查、滥做辅助性治疗等造成医保基金损失的;

(二) 协助非参保人员冒充参保人员就医,并结算医保费用的;

(三) 串通参保人员伪造或篡改处方或医疗费用收据等,骗取医保基金的;

(四) 收受利益相关方回扣,经查实处分的;

(五) 诱导参保人员到院外购买药品、器械的;

(六) 年度内被乙方两次给予警告的;

(七) 吊销执业医师资格的;

(八) 其他严重违反医保政策规定的行为。

第五十二条 乙方未按要求使用或随意使用高额耗材、高价药品以及乱做大型仪器检查等情况的，甲方予以拒付。情节严重的，甲方可对乙方做出暂停结算或终止协议等处理。

第五十三条 双方发现对方违反医疗保险基金管理等法律法规，可向有关行政部门提出行政处罚建议，涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。

第八章 附则

第五十四条 协议执行期间，国家法律法规及相关政策有调整的，甲乙双方可协商修改本协议相关条款。

协议执行期间，双方的法人代表、主要负责人、分管领导、部门负责人、联系方式等发生变化时，应当及时告知对方。

第五十五条 甲乙双方在协议执行过程中发生的争议，应首先通过协商解决。双方协商不成的，可向医疗保障行政部门提起行政复议，对复议结果不服的，可向人民法院提起诉讼。

第五十六条 协议期间，乙方发生违反本协议规定需终止协议的，自甲方书面通知之日起终止协议；双方因其他事宜需暂停、终止协议的，应提前 30 天通知对方；本协议期满，甲方可根据对乙方履行协议情况的考评结果，做出是否续签协议的决

定,并通知乙方。未签订下一年度协议前,甲乙双方继续按本协议规定履行。中止、终止、解除、缓签协议的,甲乙双方应当共同做好善后工作,保障参保人员正常就医。

第五十七条 未签订服务协议的定点医疗机构,将不予拨付本年度医疗保险基金。

第五十八条 本协议未尽事宜,经甲乙双方同意,以换文形式进行补充,效力与本协议相同。

第五十九条 本协议一式三份。报医保局备案一份,甲、乙双方各持一份;本协议有效期为 年1月1日至 年12月31日。

甲方:固始县城乡居民基本医疗保险中心(盖章)

法定代表人: (签名)

乙方: (盖章)

法定代表人: (签名)

年 月 日

附件 3

固始县城乡居民基本医疗保险中心 县外转诊定点医院管理协议

甲方：固始县城乡居民基本医疗保险中心

乙方：

甲方确定乙方为固始县城乡居民基本医疗保险中心县外转诊定点医院，双方为加强转诊转院的管理工作，达成以下协议。

一、乙方有责任为本县城乡居民医保参保患者外出就医按规定办理转诊转院手续，并主动宣传政策，自我规范转诊行为。

二、乙方应成立有临床经验丰富、责任心强的专家组成转院会诊小组，具体负责日常转院病情的鉴定工作；设立专门的转诊转院办理机构并在院内醒目位置有标识。

三、乙方应根据相关规定制定出转诊转院操作流程，包括从咨询、审查、受理、会诊、到引导、转诊等操作环节；不得随意办理对外转诊，对不适合转诊的患者，要做好贴心、耐心的疏导工作，并达到让患者或其家属理解、配合的效果，不能一推了之。对符合转诊条件的患者，原则上办理转往县外市级三级医院。

四、甲方将不定期的对乙方办理转诊转院工作进行检查，

对不负责人随意办理转诊或不及时为符合转诊条件的患者办理转诊或主观原因将患者转诊至诊疗条件差、费用高、管理乱的医院者，将从严惩处。

五、对年度办理县外转诊率超过规定指标（即不超过乙方本年度住院总人次的百分之十）者，年度内每超出一个千分点，扣除乙方年度“住院总额控制”或年度“实际支付总额度”的千分之一。

六、本协议一式三份。报医保局备案一份，甲、乙双方各持一份；本协议有效期为 年 1 月 1 日至 年 12 月 31 日。

甲方单位 （公章） 乙方单位 （公章）

甲方负责人签字： 乙方负责人签字：

签字日期： 年 月 日

附件 4

固始县 2019 年度城乡居民基本医疗保险 住院费用总额控制支付及管理考核办法

一、住院费用总额控制支付

(一) 对县内定点医院年度内住院支付费用实行总额控制

1、总额控制

截止 2019 年 3 月 7 日税务部门征缴人数 1510271 人，税务部门征缴个人筹资基金数 33225.9620 万元，中央和地方政府人均补助 490 元，共配套 74003.2790 万元，合计人均账户基金为 710 元，年度共筹集基金总额应为 107229.2410 万元，扣除门诊统筹 50 元和家庭账户 70 元，人均 120 元，共计 18123.2520 万元；扣除人均 54 元的大病保险统筹基金，合计 8155.4634 万元，本年度可用于住院统筹基金总金额为 80950.5256 万元，预留 10%后为 72855.4730 万元，扣除当年县外住院病人所需支付基金预计 29142.1892 万元，县内住院统筹基金为 43713.2838 万元，其中慢性病、重特大疾病门诊所需支付基金预计 11075.4337 万元，精神病住院统筹基金 971.4027 万元，2019 年度县内住院费用统筹基金控制总额为 31666.4474 万元。

2018 年 1 月 1 日前运行的医疗机构全部执行总额预付制

(两家精神病医院除外), 分别取前三年基金支付总额的平均值, 不足三年的按照开展服务的整年度的基金支付总额的平均值, 再根据各定点医疗机构基金支付总额的平均值占县内定点医疗机构基金支付总额平均值的百分比进行分配。

2、合理支付

定点医疗机构对参保住院病人出院支付仍然按照当年度的城乡居民医保统筹支付方案进行即时支付。

县城乡居民医保中心在综合考核的基础上, 根据统筹基金支付情况, 对医疗机构年度住院统筹基金实际支付额超出或低于预算总额的, 实行风险分担, 合理拨付。

经年终综合考核, 对主要控制指标符合要求或达不到规定要求的医疗机构, 其年度实际支付基金低于控制总额的或超出控制总额的, 均按照《总额控制管理考核办法》执行。

3、支付方式

年度控制总额基金实行“按月预拨、年终统算”的方式支付, 控制总额分解到月, 每月初按当月预付额的 95%预拨给各定点医疗机构。根据综合考核结果, 年终统筹结算。

4、控制指标

各医疗机构既要确保实际服务量和服务水平及实际住院支付比有所提高, 同时又要严格控制参保患者次均住院费用、

目录外药品和诊疗项目费用所占比例、转诊率等指标。

(1)各定点医疗机构要严格控制次均住院费用增长幅度，县级、乡级（乡镇卫生院和社区卫生服务中心）分别取前三年次均费用平均值，不足三年的按照开展服务的整年度的次均费用平均值，再按县级 8%、乡级（乡镇卫生院和社区卫生服务中心）医疗机构 10%增长率进行测算，县级医疗机构不得超过 8%，乡级（乡镇卫生院和社区卫生服务中心）不得超过 10%，依据各定点医疗机构的服务能力水平，原则上同级定点医疗机构执行同一标准。

(2)严格控制目录外药品和诊疗项目费用所占比例。县二级医疗机构不得超过 5%，基层医疗机构（包括一级医院、乡镇卫生院和社区卫生服务中心）不得超过 2.5%。

(3)努力提高住院病人普通疾病实际支付比例，县级医疗机构应达到 62%，乡级医疗机构（乡镇卫生院和社区卫生服务中心）应达到 70%；按病种付费、定额支付不计入支付比考核。

(4)各定点医疗机构要严格控制平均床日费用增长幅度，县级、乡级（乡镇卫生院和社区卫生服务中心）分别取前三年床日费用平均值，不足三年的按照开展服务的整年度的床日费用平均值，再按县级 8%、乡级（乡镇卫生院和社区卫生服务中心）

中心) 医疗机构 10%增长率进行测算, 县级医疗机构不得超过 8%, 乡级(乡镇卫生院和社区卫生服务中心) 不得超过 10%。

(5)对 2019 年县内具有转诊资格的定点医疗机构实行转诊指标控制, 转诊人次不得超过具有转诊资格的定点医疗机构住院总人次的 10%。

(二) 普通住院支付

1、常见病定额支付。

2、按病种付费支付。

3. 按床日付费。对精神病患者在县内精神病医院住院治疗者, 实行按床日支付, 即对每例患者每床日支付 70 元。

4、按对应的起付线及支付比例支付。以上 3 项支付方式之外的病种, 按对应的起付线及支付比例进行支付。

二、管理考核办法

为了推进我县城乡居民医保住院费用支付制度改革进程, 促进定点医疗机构自觉控制医疗费用增长, 减少不合理费用支出, 保障城乡居民医保基金安全, 保障参保居民权益, 实现定点医疗机构服务的规范化、优质化, 特制定本办法。

(一) 考核的主要指标

1、次均住院费用增长幅度

2、目录外药品和诊疗项目费用所占比例

- 3、住院病人实际支付比
- 4、平均床日费用增长幅度
- 5、转诊率

(二) 考核方法

根据定点医疗机构即时上传的费用信息和每月城乡居民医保报账的有关资料，定期对上述指标进行跟踪。

(三) 考核结果运用

1、经年终综合考核，主要控制指标（次均住院费用增长幅度、目录外药品和诊疗项目费用所占比例、实际住院支付比等）符合要求的医疗机构；

(1) 定点医疗机构实际统筹费用低于预付总额的，差额部分按以下比例由统筹基金给予拨付；

①统筹费用达到预付总额 80%-100%的，差额部分按 60% 拨付；

②统筹费用达到预付总额 70%-80%（含 80%）的，差额部分按 50%拨付；

③统筹费用达到预付总额 60%-70%（含 70%）的，差额部分按 40%拨付；

④统筹费用未达到预付总额 60%（含 60%）的，据实支付。

(2) 定点医疗机构实际统筹费用超预付总额的，超出部

分按以下比例由统筹基金给予支付：

①统筹费用超预付总额 5%（含 5%）以内的部分，按 50% 支付；

②统筹费用超预付总额 5%-10%（含 10%）的部分，按 30% 支付；

③统筹费用超预付总额 10%-20%（含 20%）的部分，按 20% 支付；

④统筹费用超预付总额 20%以上的部分，不予支付。

2、经年终综合考核，主要控制指标（次均住院费用增长幅度、目录外药品和诊疗项目费用所占比例、实际住院支付比、转诊率等）达不到规定要求的医疗机构：

（1）控制指标

①次均费用：若次均住院费用增长幅度与前三年（不足三年的按实际运行年限的整年度进行计算）同期相比增长过快，则每超出控制指标一个百分点，即扣减该医疗机构预付总额的 1%；

②目录外药品和诊疗项目费用所占比例：若目录外药品和诊疗项目费用所占比例超过控制要求，则每超出一个百分点，即扣减该医疗机构预付总额的 0.2%；

③支付比：若住院实际支付比未达到控制要求，则每少一个百分点，即扣减该医疗机构预付总额的 0.2%；

④平均床日费用增长幅度：若平均床日费用增长幅度与前三年（不足三年的按实际运行年限的整年度进行计算）同期相比增长过快，则每超出控制指标一个百分点，即扣减该医疗机构预付总额的 0.5%；

⑤转诊率：对年度办理县外转诊率超过规定指标（即不超过年度住院总人次的 10%）者，年度内每超出一个千分点，扣除乙方年度“住院总支付总额”的千分之一。

（2）各定点医疗机构确因业务需要开展新项目、新技术或突发诊疗业务并可能导致本单位年度实际支付资金超出控制总额的，应向县医疗保障局提出书面申请，对获准的内容，城乡居民医保基金予以支持。否则，超出预付额的支付费用由医疗机构自行承担。

3、无论什么情况，出现推诿病人或分解住院的，每查实一例，县级医疗机构，从预付总额中扣减 10000 元；乡级医疗机构，从预付总额中扣减 5000 元。

4、对违反本规定的定点医疗机构处理，由城乡居民医保经办人员签名，经办机构主要负责人审查无误报县医疗保障局同意后执行。

附件：固始县 2019 年度城乡居民医保县内各定点医疗机构住院总额预付基金分配明细表