

XXXXX 医院

医保管理制度

修订日期：XXXX 年 XX 月 XX 日

XXXX 医院医保科

目录

序号	项目内容	页码
1	医保管理工作制度职责	
2	医保办工作制度	
3	基本医疗保险管理规定	
4	基本医疗保险就医管理规定	
5	计算机系统管理员职责	
6	门诊刷卡工作人员职责	
7	门诊特殊病种管理制度	
8	病历管理制度	
9	处方管理制度	
10	医保特殊病门诊就医管理规定	
11	医保病人身份核对制度	
12	医疗保险结算制度	
13	医保管理联席工作制度	
14	医疗保险病历、处方审核制度	
15	医疗保险政策宣传及培训制度	
16	医疗保险奖惩标准	
17	住院患者医疗保险管理制度	
18	医保领款人签字制度	
19	医保病人就诊流程	
20	医保卫生材料审批管理制度	
21	财务管理制度	

医保管理工作制度职责

根据社保局医疗保险管理和医疗管理文件精神，结合我院实际，特制定医院医疗保险、工作的有关规定。

一、**认真核对病人身份。**参保人员就诊时，应核对医疗保险手册。遇就诊患者与参保手册身份不符合时，告知患者不能以医保手册上身份开药、诊疗，严格把关，遏制冒用或借用医保身份开药、诊疗等违规行为；对车祸、打架斗殴、酗酒、工伤、自杀、自残、整容、镶牙、流产等类病人不能享受医保、合作医疗政策待遇，对不能确认外伤性质、原因的不得使用医疗保险卡直接办理住院登记，门急、诊医生如实记录病史，严禁弄虚作假。

二、**履行告知义务。**对住院病人告知其在规定时间内（24 小时）内提供医疗卡（交给住院收费室或急诊收费室）和相关证件交给病区。

三、**严格执行《河南省基本医疗保险药品目录和医疗服务项目目录》，**不能超医疗保险限定支付范围用药、诊疗，对提供自费的药品、诊疗项目和医疗服务设施须事先征得参保人员同意，并在病历中签字确认，否则，由此造成病人的投诉等，由相关责任人负责自行处理。

四、**严格按照《处方管理办法》有关规定执行。**每张处方不得超过 5 种药品（西药和中成药可分别开具处方），门诊每次配药量，一般疾病不超过七日量，慢性疾病不超过半月量。住院病人必须在口服药物吃完后方可开第二瓶药，否则医保做超量处理。严格掌握用药适应症，住院患者出院时需巩固治疗带药，参照上述执行。

五、**严格按规定审批。**医疗保险限制药品，在符合医保限制规定的条件下，同时须经过医院审批同意方可进医保使用。否则，一律自费使用，并做好病人告知工作。

六、病历书写须规范、客观、真实、准确、及时、完整记录参保病人的门诊及住院病历，各种意外伤病人，在门、急诊病历和住院病程录中必须如实的记录意外伤害发生的时间、地点和原因。

七、**合理用药、合理检查，维护参保病人利益。**医院医保目录内药品备药率西药必须达到 80%、中成药必须达到 60%。（控制自费药使用）。住院病人需要重复检查的必须有原因分析记录。

八、**严格掌握医疗保险病人的入、出院标准。**严禁分解门诊处方开药、人为分解住院人次；禁止挂床住院或把门诊治疗、检查的病人作住院处理，住院病历内容必须规范完整，如发现住院医嘱中只有药物医嘱或只有检查、检验医嘱的情况引起医保的拒付款，全额由科室、诊疗组和相关责任医生负责。

九、**严格按照规定收费、计费，杜绝乱收费、多收费等现象。**各科主任、护士长高度重视，做到及时计费，杜绝重复收费和出院当天补记材料费（如导管、肠内营养管）或出院一次汇总计费、累计计费（如氧气费等），各种费用记帐必须与病历医嘱相符合。由于乱收费、多收费、重复收费产生的医保拒付款全额由科室、诊疗组和相关责任医生、护士负责。

十、全体医生通过各种渠道充分了解医疗保险的相关政策，医院定期对医保工作进行检

查公示，对最新医保政策、文件等及时组织进行院内组织学习。

十一、管理中心所提供的终端软件，要妥善维护；医保新政策出台，按要求及时下载和修改程序，及时上传下载，确保医保数据安全完整，为参保病人提供全天候持卡就医服务。

对违反以上制度规定者，按职工考核奖惩条例处理，并全额承担医保拒付款。

医保办工作制度

- 1、认真贯彻执行国家、劳动保障部门颁布的城镇职工医疗保险各项配套政策和管理办法。
- 2、不断提高基本医疗保险管理服务水平，努力为广大参保患者提供优质高效的服务。
- 3、在分管院长领导下，认真遵守《医疗定点机构服务协议书》的各项规定，严格按照协议要求开展医保管理工作。
- 4、严格按照《医疗保险定点机构计算机局域网运行管理制度》规范工作行为，熟练掌握操作规程，认真履行岗位职责。
- 5、坚持数据备份制度，保证网络安全通畅。
- 6、准确做好医保数据对帐汇总工作，月终按照上传总额结回费用。

医保办工作职责

- 1、认真贯彻执行医疗保险法律法规和政策，建立健全医保工作的规章制度。
- 2、努力学习、宣传医保政策规定，提高业务素质。积极主动的支持、配合和协调医保部门的各项工作，并结合实际运行情况提出意见和建议。
- 3、负责全院医保管理工作。协调好医保管理中心，参保职工、医院等多方面的关系，为医保患者营造一个通畅的绿色就医通道。
- 4、根据有关医保文件精神，严格掌握医保病种范围和用药范围，确保参保人员享受基本的医疗保证和优质的医疗服务。
- 5、规范医疗行为，确保医疗安全，保证工作序的运行。
- 6、设专人负责计算机医保局域网的管理和维护，保证计算机硬件、软件和系统的正常运行。

基本医疗保险管理规定

- 1、做到就诊患者身份证件与参保人员本人相符，病与症相符，所患疾病与所使用的药品、诊疗项目相符，药品与需要的数量相符，使用的药品数量、诊疗项目与费用相符。
- 2、办理门诊收费时，如发现所持证件与身份不符，应扣留卡，并及时通知医保办。
- 3、应进行非医保支付病种的识别，发现因斗殴、酗酒、违法犯罪、自杀、自残患者和因工负伤、生育、交通事故等患者使用医保卡就诊应及时通知医保办。
- 4、严格执行医保管理中心制定的医保特定病种门诊的管理规定，依据诊断标准客观做出诊断，不得随意降低标准或弄虚作假。正确使用特定病种门诊病历处方，认真做好记录。
- 5、凡向参保人员提供超出医保范围以外的用药、治疗、，应征得参保人员或其家属同意，未经参保人员同意和签定协议的，由此造成的损失和纠纷由医护方当事人负责。
- 6、医保目录内的同类药品由若干选择时，在质量标准相同的情况下，应选择疗效好、价格较低的品种。
- 7、严格执行医疗质量终结检查制度。
- 8、认真做好医保目录通用名的维护工作。新购药品应及时调整医保类型并上传至医保管理中心。
- 9、按时与银行日终对账，向医保中心上传结算数据，及时结回统筹基金应支付的住院费用，做到申报及时、数据准确
- 10、做好医保网络系统运行正常，数据安全。

基本医疗保险就医管理规定

- 1、对前来就医的患者，接诊医生要询问是不是医保病人如果是医保病人要核对持卡人和就医者是不是为同一人，严格拒绝持他人的医疗卡就医，并对来人进行耐心的解释。
- 2、要主动向病人介绍医保用药和自费药品范围，尽可能最大限度的使用老药、常用药和甲类药。
- 3、坚持使用医保用药和非医保用药分处方开方的原则，坚决杜绝大处方、人情方、不规则用药处方和不见病人就开处方等违规行为。
- 4、对处方用药有怀疑的病人，请他在医疗保险用药范围的明细表中进行查询，让病人做到明明白白看病，明明白白治疗，明明白白用药，明明白白消费。
- 5、对门诊持《职工医疗保险特定病种门诊病历处方本》的病人，严格按审批得病种对症用药，认真掌握药品的适应症、用药范围和用药原则，坚持执行低水平、广覆盖、保障基本医疗需求的原则。
- 6、对进行和使用非医保范围的医疗服务，要征的医保病人的统一，以避免医保病人个人承担的费用增加。

计算机系统管理员职责

- 1、熟悉并管理全院医保网络系统和通讯线路的分布，熟练掌握全站医保计算机设备的运行状态。能排除一般故障。对重大系统故障要及时联系有关部门尽快解决，并如实记录。
- 2、负责医保系统软件的日常维护，定期对主机系统资源和数据库资源的维护和管理，并对病毒做好预防措施。
- 3、认真学习医保各项规定，熟练使用应用程序，经常对目录库进行必要的检查及维护。
- 4、对新增及有疑问的药品和诊疗项目，及时作上传处理，由医保管理中心统一进行控制。
- 5、定期向医保管理中心上传药品和诊疗项目库，以便进行核对。
- 6、负责对医保工作人员进行指导和安全培训，确保系统安全运行。

门诊刷卡工作人员职责 (医保管理部分)

- 1、认真核实医保病人的 IC 卡，正确输入病人基本信息。
- 2、严禁私自涂改医保比例、药品目录、医疗项目、费用金额等，对医保病人的医疗费用应在认真仔细审核的基础上严格按照医保规定进行录入及结算。
- 3、负责核查医保病人的真实性。
- 4、工作期间不允许其他非操作人员进行违规操作。保证系统正常运行，规范、正确的进行计算机操作。
- 5、当日工作完成后，应及时汇总医保与非医保收费金额，并将收费及时解交银行。

病历管理制度

一、病员住院期间，其住院病历由所在病区负责整理、统一保管。病区应将收到的住院病员的检查报告等结果于 24 小时内归入住院病历。病员出院后的住院病历由病案室负责保管，年限不少于 30 年。

二、急诊留观病历和住院病历分别编号保存。入院病历、入院记录及所有主观病历应标注连续的页码。

三、科室必须严格保管病历，严禁病员翻阅病历。严禁隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。

四、病历在科室、护保中心、住院处（医保办）和病案室的流通过程中，应严格签收制度。

五、住院病历、急诊留观病历因医疗活动或复印、复制等需要带离病区时，应由科室指定专人负责携带和保管。

六、病历借阅：

1、除涉及病员实施医疗活动的医务人员及医教部相关人员外，其它任何机构和个人不得擅自借阅病员的住院病历。

2、本院正式医务人员（含有处方权的研究生）一次借阅不得超过 20 份；合同医生、进修生须经上级医生同意后方可借阅，一次不得超过 2 份。借阅病历应尽快归还，借阅最长时限不超过 5 天。

3、借阅者须持正式印章前往病案室借阅，不得他人代借、转借。

4、借阅者应爱护病案，确保病案的完整。丢失病案者将视情给予经济和行政处罚。

5、本院医师调离，转业或其他原因离开本院，归还全部所借病案后方能办理离院手续。

八、病历复印（在医务人员按规定时限完成病历后予以提供）：

1、对下列人员和机构复印或复制病历资料的申请应当受理：

（1）病员本人或其代理人。

（2）死亡病员近亲属或其代理人。

（3）保险机构。

2、受理申请时，申请人按照要求应提供有关证明材料：

（1）申请人为病员本人的，应当提供其有效身份证明。

（2）申请人为病员代理人的，应当提供病员及其代理人的有效身份证明及代理关系的法定证明材料

（3）申请人为死亡病员近亲属的，应当提供病员死亡证明及其近亲属的有效身份证明及近亲属的法定证明材料。

（4）申请人为死亡病员近亲属代理人的，应当提供病员死亡证明、近亲属及其代理人的有效身份证明、近亲属关系的法定证明材料、代理关系的法定证明材料。

（5）申请人为保险机构的，应当提供保险合同复印件，承办人员的有效身份证明，病员本人或者其代理人同意的法定证明材料；病员死亡的，应当提供近亲属或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

3、公安、司法机关因办理案件，需要查阅、复印或者复制病历资料的，由公安、司法机关向医教部出具采集证明的法定证明及执行公务人员的有效身份证明后方可给予协助办理。

4、可以为申请人复印或者复制的病历资料包括：住院病历的入院记录、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查（治疗）同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录。

九、发生医疗问题争议时，由医教部医疗科专职助理员在病员或其有关人员在场的情况下封存病历。封存的病历由病案室负责保管。封存的病历可以是复印件。

处方管理制度

- 1、凡医保使用的药品处方须经主管业务院长审批后方可配发。
- 2、处方必须用钢笔书写，项目填写完整，字迹清晰，并有医师签名。如需更改，医师必须在更改处签名。
- 3、不符合规定或有配伍禁忌处方，药剂人员有权退回处方。
- 4、每张处方限三日量且不能超过五种药品，慢性病可开七日量，并实行处方限额管理。
- 5、毒、麻、限剧药品处方必须使用专用处方笺，其用量不得超过规定的常用量。
- 6、处方当日有效，若超过期限须经医师重开处方方可调配。
- 7、处方应每天装订成册并统计张数、金额等，按月装箱保存。一般处方保存一年备查，麻醉药品处方保存三年备查，毒性及精神药品处方保存二年备查。

医保特殊病门诊就医管理规定

- 1、必须持有《基本医疗保险特殊疾病医疗证》和处方，其医疗费用方可纳入特殊病管理。
- 2、医保特殊疾病按规定疾病。
- 3、特殊病人必须到指定科室就诊。
- 4、特殊病只能使用与疾病相关的医保范围的药物。处方量严格控制在 30 天以内的药物剂量。
- 5、违反规定造成费用纠纷者，追究当事人责任。

医保病人身份核对制度

- 1、临床科室收治参保病人必须核对病人身份，防止冒名顶替。
- 2、核对被保险人的资料后将病人的 IC 卡及身份证明文件的复印件附在病历中。
- 3、被保险人出院后其 IC 卡及身份证明文件的复印件应附在病历中归档。
- 4、长时间住院参保病人阶段结算重新入院，被保险人的 IC 卡及身份证明文件的复印件可重新复印附在运行病历中。

医疗保险病历、处方审核制度

- 1、医保住院患者均需由主管医师、主治医师按医保管理规定，审核无误后办理出院。
- 2、出院后的所有病历均由医保办再次审核，违纪者按院内医疗保险处罚标准进行处罚。
- 3、医保办定期到病房检查医疗保险患者的诊疗情况。

4、每月对医疗保险处方进行抽查，按《处方管理办法》及《医保管理处罚标准》进行管理。

医疗保险结算制度

（一）门诊的费用结算

1、门诊医疗费用结算统一采用广发社保（IC 卡）或现金支付方式结算。由被保险人每次到门诊就医时，出示本人 IC 卡直接与定点医疗机构结算或直接支付现金结算。

2、属于特殊病种的门诊结算，收费员应核对被保险人的特定病种医疗卡，把相关的诊疗数据通过大医保结算系统上传到社保结算中心，根据返回的信息结算。

（二）住院的费用结算

1、被保险人入院时，住院收费处应核实被保险人的 IC 卡及相关身份证明文件，在规定的时间内为被保险人办理住院登记手续，并将资料及时市社保局。因特殊情况，未能及时上传资料的，应在获得有关资料的同时，报市社保局备案后，按规定的程序办理登记手续。

2、被保险人出院时，应根据《试行办法》及有关规定，通过大医保结算系统，将相关的结算数据上传至医保结算中心进行结算，收取被保险人住院费用总额中被保险人应自付的部分，被保险人或其家属在社会保险住院结算单上签字作实。其余属于基金支付的部分由市社会局与定点医院机构结算。

3、每月的被保险人住院结算情况、收费明细资料和有关的住院资料应按时送报市社会保险经办机构审核。

4、在被保险人办理住院登记及结算时，有任何疑问，收费员应文明用语，耐心解答，多向被保险人宣传新的医疗保险政策。

医疗保险政策宣传及培训制度

1、政策宣传制度

（1）宣传内容主要是医保证策及由政策配套的实施措施等。

（2）宣传形式包括以下几方面：每年进行 2 次全院性质医保试题解答活动；在住院部及门诊部显要位置设立医保宣传栏，定期更换内容；定期整理医保政策解答，装订成册进行发放，向患者发放医保住院须知；通过院内导报及网络进行宣传；请上级医保中心人员进行来院讲座、由医护人员向患者进行宣传及医保办开通咨询热线等。

2、培训制度

（1）对新来的工作人员及进修医生均进行岗前培训、考试，合格上岗。

（2）每月一次对医保专管员进行培训。

（3）参加上级医保中心组织的各种培训活动。

住院患者医疗保险管理制度

一、住院医疗保险患者身份确认制度

1、医疗保险身份确认证明：患者本人的《基本医疗保险手册》。

2、患者住院期间，其《基本医疗保险手册》交付到医疗保险办公室，出院后交还给患者。遇到特殊情况需要外借时，需补足押金，否则一律不准外借。

二、医疗保险住院押金管理规定

1、手续齐全时，住院处可以按照医疗保险患者身份办理住院手续。住院患者的身份输入要求按照医疗保险的身份输入。已确认身份的医疗保险患者住院押金收取标准（元 / 人次）：

2、住院期间根据病情及用费情况进行追收押金。

3、制定收缴押金数额的依据：

三、医疗保险住院患者缴费及结算管理制度

1、患者住院后，首诊负责的医护人员首先要察看计算机内该患者的身份，并再次明确该病人是否为医疗保险患者。

2、通知患者将《医疗保险手册》立即送到院医疗保险管理办公室，以确定其医疗保险身份。

3、经确认后的医疗保险患者，其押金金额可以出现负数，当住院押金不够时，仍可进行录入；但未经院医疗保险管理办公室最终确认医保身份的医疗保险患者，在用药、检查、治疗中也要严格按照医疗保险有关规定执行，但住院费用要全额缴足，押金按照 100%收取，不能出现欠费现象。

4、科室有责任对确认身份的医疗保险患者的费用进行监控，对欠费及押金不足的患者进行追缴，当出现患者欠费情况后，应立即采取措施，通知病人交费，如不交费可采取控制欠费的措施。凡因科室管理不当造成欠费，其欠费金额由责任科室及责任人承担与追收。

5 出院结算时，必须按照医保办提供的该患者医疗保险身份进行医疗保险住院费用的分割结算。未确认身份者，按照住院费用全额结算。

四、医疗保险自费协议管理规定

医疗保险患者住院后，因病情需要使用部分并负担自费的项目，则必须由责任医师与患者或其家属签署自费协议，签署内容要完整，不许非有效法人代签。自费内容如下：

1、使用自费药品或使用不符合适应症药品及进行自费检查、治疗的项目。

2、使用《基本医疗保险药品目录》中部分自费药品，个人要先负担 10% 的费用。

3、进行彩超及单价超过 100 元（含 200 元）的大型检查，个人负担 20% 的金额。

医保领款人签字制度

- 1、对于直算患者补偿款由本院出纳发放。
- 2、医保补偿款原则上应由患者本人持有效证件（医保本、IC 卡、身份证）及相关单据前往医保办公室进行核算后领取；
- 3、工作人员核对其医保本、IC 卡和身份证无误后，由本人签字领取，并填写身份证号和联系电话；
- 4、患者本人因故不能签字，可在核对其相关证件后，以印鉴代替签字，并填写身份证号和联系电话；
- 5、患者本人因故不能亲自办理者，代领者需提供代领人身份证，并填写身份证号和联系电话。

医保病人就诊流程

(门诊)

- (一)、病人持有效证件（医保本、IC卡）前往定点医疗机构门诊；
- (二)、医生查验证件；
- (三)、医生诊疗，开具处方；
- (四)、收款室划价，刷卡；
- (五)、药房审核用药是否正确、经济、合理；
- (六)、发药，病人遵医嘱。

(住院)

- (一)、病人持有效证件（医保本、IC卡、身份证）前往定点医疗机构；
- (二)、医生查验证件；
- (三)、医生诊疗，符合入院条件开具专用诊断建议书；
- (四)、医保工作人员审核患者相关证件及诊断建议书，符合入院标准者盖章同意，医保办审核同意后患者办理入院手续；
- (五)、患者入院接受诊疗，医保工作人员日常监督；
- (六)、急危重症病人可先入院，两日内补齐相关手续；
- (七)、患者出院，携相关材料前往医保办办理相关手续

财务管理制度

- 一、严格遵守国家的各项财经政策、法律和法规，严格按财经制度办事，严禁贪污、挪用公款。
- 二、认真贯彻执行中央、省、市、区医保工作的财务政策，遵守各项规章制度。

- 三、按电脑自动生成的上月实际补助费用报表，扣除违规补助费用后，逐月向县合管办申报拨付补助基金。
- 四、每月公示一次本单位住院补助兑付情况。全方位接受职能部门审计和群众监督。
- 五、负责医保中心交办的各项任务。
- 六、加强院内财务监督检查和业务指导，确保补偿资金的运行安全。
- 七、负责院内发票、卡、证、表册的管理与监督。
- 八、配合做好卫生、财政、审计等有关部门对医保基金收支和结余情况的监督检查工作。

点击下载获取无水印可编辑电子版

医保内部控制制度

目录

第一章、总则	14
第二章、医保科工作制度	16
第三章、医保科工作职责	17
第四章、基本医疗保险管理规定	18
第五章、基本医疗保险就医管理规定	19
第六章、计算机系统管理员职责	20
第七章、门诊医保结算工作人员职责	21
第八章、医保病历管理制度	22
第九章、医保处方管理制度	24
第十章、医保特殊病门诊就医管理规定	25
第十一章、医保病人身份核对制度	26
第十二章、医保管理联席工作制度	27
第十三章、医疗保险病历、处方审核制度	29
第十四章、医疗保险结算制度	30
第十五章、医疗保险政策宣传及培训制度	31
第十六章、住院患者医疗保险管理制度	32
第十七章、财务管理制度	33

第一章、总则

根据社保局医疗保险管理和医疗管理文件精神，结合我院实际，特制定**医院医疗保险内部控制管理规定**。

一、认真核对病人身份。参保人员就诊时，应认真核对就诊患者身份。遇就诊患者与参保身份不符合时，告知患者不能以医保身份开药、诊疗，严格把关，遏制冒用或借用医保身份开药、诊疗等违规行为；对车祸、打架斗殴、酗酒、工伤、自杀、自残、整容、镶牙等类病人不能享受职工医保、城乡居民医疗政策待遇，对不能确认外伤性质、原因的不得使用医疗保险卡直接办理住院登记，门急、诊医生如实记录病史，严禁弄虚作假。

二、履行告知义务。对住院病人告知其在规定时间（24 小时）内提供医疗卡和相关证件交。

三、严格执行《广西基本医疗保险药品目录和医疗服务项目目录》，不能超医疗保险限定支付范围用药、诊疗，对提供自费的药品、诊疗项目和医疗服务设施须事先征得参保人员同意，并在病历中签字确认，否则，由此造成病人的投诉等，由相关责任人负责自行处理。

四、严格按照《处方管理办法》有关规定执行。每张处方不得超过 5 种药品（西药和中成药可分别开具处方），门诊每次配药量，一般疾病不超过七日量，慢性疾病不超过半月量。住院病人必须在口服药物吃完后方可开第二瓶药，否则医保做超量处理。严格掌握用药适应症，住院患者出院时需巩固治疗带药，参照上述执行。

五、严格按规定审批。医疗保险限制药品，在符合医保限制规定的条件下，同时须经过医院审批同意方可进医保使用。否则，一律自费使用，并做好病人告知工作。

六、病历书写须规范、客观、真实、准确、及时、完整记录参保病人的门诊及住院病历，各种意外伤病人，在门、急诊病历和住院病程录中必须如实的记录意外伤害发生的时间、地

点和原因。

七、合理用药、合理检查，维护参保病人利益。医院医保目录内药品备药率西药必须达到 80%、中成药必须达到 60%。（控制自费药使用）。住院病人需要重复检查的必须有原因分析记录。

八、严格掌握医疗保险病人的入、出院标准。严禁分解门诊处方开药、人为分解住院人次；禁止挂床住院或把门诊治疗、检查的病人作住院处理,住院病历内容必须规范完整，如发现住院医嘱中只有药物医嘱或只有检查、检验医嘱的情况引起医保的拒付款，全额由科室、诊疗组和相关责任医生负责。

九、严格按照规定收费、计费，杜绝乱收费、多收费等现象。各科主任、护士长高度重视，做到及时计费，杜绝重复收费和出院当天补记材料费（如导管、肠内营养管）或出院一次汇总计费、累计计费（如氧气费等），各种费用记帐必须与病历医嘱相符合。由于乱收费、多收费、重复收费产生的医保拒付款全额由科室、诊疗组和相关责任医生、护士负责。

十、全体医生通过各种渠道充分了解医疗保险的相关政策。医院定期对医保工作进行检查公示，对最新医保政策、文件等及时组织进行院内组织学习。

十一、管理中心所提供的终端软件，要妥善维护。医保新政策出台，按要求及时下载和修改程序，及时上传下载，确保医保数据安全完整，为参保病人提供全天候持卡就医服务。

对违反以上制度规定者，按职工奖惩条例处理，并全额承担医保拒付款。

第二章、医保科工作制度

- 1、认真贯彻执行国家、劳动保障部门颁布的城镇职工及城乡居民医疗保险各项配套政策和管理办法。
- 2、不断提高基本医疗保险管理服务水平，努力为广大参保患者提供优质高效的服务。
- 3、在分管院长领导下，认真遵守《医疗定点机构服务协议书》的各项规定，严格按照协议要求开展医保管理工作。
- 4、严格按照《医疗保险定点机构计算机局域网运行管理制度》规范工作行为，熟练掌握操作规程，认真履行岗位职责。
- 5、坚持数据备份制度，保证网络安全通畅。
- 6、准确做好医保数据对帐汇总工作，月终按照上传总额结回费用。

第三章、医保科工作职责

- 1、认真贯彻执行医疗保险法律法规和政策，建立健全医保工作的规章制度。
- 2、努力学习、宣传医保政策规定，提高业务素质。积极主动的支持、配合和协调医保部门的各项工作，并结合实际运行情况提出意见和建议。
- 3、负责全院医保管理工作。协调好医保管理中心，参保职工、医院等多方面的关系，为医保患者营造一个通畅的绿色就医通道。
- 4、根据有关医保文件精神，严格掌握医保病种范围和用药范围，确保参保人员享受基本的医疗保证和优质的医疗服务。
- 5、规范医疗行为，确保医疗安全，保证工作序的运行。
- 6、设专人负责计算机医保局域网的管理和维护，保证计算机硬件、软件和系统的正常运行。

第四章、基本医疗保险管理规定

- 1、做到就诊患者身份证件与参保人员本人相符，病与症相符，所患疾病与所使用的药品、诊疗项目相符，药品与需要的数量相符，使用的药品数量、诊疗项目与费用相符。
- 2、办理门诊收费时，如发现所持证件与身份不符，应扣留卡，并及时通知医保办。
- 3、应进行非医保支付病种的识别，发现因斗殴、酗酒、违法犯罪、自杀、自残患者和因工负伤、生育、交通事故等患者使用医保卡就诊应及时通知医保办。
- 4、严格执行医保管理中心制定的医保特定病种门诊的管理规定，依据诊断标准客观做出诊断，不得随意降低标准或弄虚作假。正确使用特定病种门诊病历处方，认真做好记录。
- 5、凡向参保人员提供超出医保范围以外的用药、治疗、，应征得参保人员或其家属同意，未经参保人员同意和签定协议的，由此造成的损失和纠纷由医护方当事人负责。
- 6、医保目录内的同类药品由若干选择时，在质量标准相同的情况下，应选择疗效好、价格较低的品种。
- 7、严格执行医疗质量终结检查制度。
- 8、认真做好医保目录通用名的维护工作。新购药品应及时调整医保类型并上传至医保管理中心。
- 9、按时与银行日终对账，向医保中心上传结算数据，及时结回统筹基金应支付的住院费用，做到申报及时、数据准确
- 10、做好医保网络系统运行正常，数据安全。

第五章、基本医疗保险就医管理规定

1、对前来就医的患者，接诊医生要询问是不是医保病人如果是医保病人要核对持卡人和就医者是不是为同一人，严格拒绝持他人的医疗卡就医，并对来人进行耐心的解释。

2、要主动向病人介绍医保用药和自费药品范围，尽可能最大限度的使用老药、常用药和甲类药。

3、坚持使用医保用药和非医保用药分处方开方的原则，坚决杜绝大处方、人情方、不规则用药处方和不见病人就开处方等违规行为。

4、对处方用药有怀疑的病人，请他在医疗保险用药范围的明细表中进行查询，让病人做到明明白白看病，明明白白治疗，明明白白用药，明明白白消费。

5、对门诊持《职工医疗保险特定病种门诊病历处方本》的病人，严格按审批得病种对症用药，认真掌握药品的适应症、用药范围和用药原则，坚持执行低水平、广覆盖、保障基本医疗需求的原则。

6、对进行和使用非医保范围的医疗服务，要征的医保病人的统一，以避免医保病人个人承担的费用增加。

第六章、计算机系统管理员职责

- 1、熟悉并管理全院医保网络系统和通讯线路的分布，熟练掌握全站医保计算机设备的运行状态。能排除一般故障。对重大系统故障要及时联系有关部门尽快解决，并如实记录。
- 2、负责医保系统软件的日常维护，定期对主机系统资源和数据库资源的维护和管理，并对病毒做好预防措施。
- 3、认真学习医保各项规定，熟练使用应用程序，经常对目录库进行必要的检查及维护。
- 4、对新增及有疑问的药品和诊疗项目，及时作上传处理，由医保管理中心统一进行控制。
- 5、定期向医保管理中心上传药品和诊疗项目库，以便进行核对。
- 6、负责对医保工作人员进行指导和安全培训，确保系统安全运行。

第七章、门诊医保结算工作人员职责

- 1、认真核实医保病人的 IC 卡，正确输入病人基本信息。
- 2、严禁私自涂改医保比例、药品目录、医疗项目、费用金额等，对医保病人的医疗费用应在认真仔细审核的基础上严格按照医保规定进行录入及结算。
- 3、负责核查医保病人的真实性。
- 4、工作期间不允许其他非操作人员进行违规操作。保证系统正常运行，规范、正确的进行计算机操作。
- 5、当日工作完成后，应及时汇总医保与非医保收费金额，并将收费及时解交财务。

第八章、医保病历管理制度

一、病员住院期间，其住院病历由所在病区负责整理、统一保管。病区应将收到的住院病员的检查报告等结果于 24 小时内归入住院病历。病员出院后的住院病历由病案室负责保管，年限不少于 30 年。

二、急诊留观病历和住院病历分别编号保存。入院病历、入院记录及所有主观病历应标注连续的页码。

三、科室必须严格保管病历，严禁病员翻阅病历。严禁隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。

四、病历在科室、住院处（医保办）和病案室的流通过程中，应严格签收制度。

五、住院病历、急诊留观病历因医疗活动或复印、复制等需要带离病区时，应由科室指定专人负责携带和保管。

六、病历借阅：

1、除涉及病员实施医疗活动的医务人员及医教部相关人员外，其它任何机构和个人不得擅自借阅病员的住院病历。

2、本院正式医务人员（含有处方权的研究生）一次借阅不得超过 20 份；合同医生、进修生须经上级医生同意后方可借阅，一次不得超过 2 份。借阅病历应尽快归还，借阅最长时限不超过 5 天。

3、借阅者须持正式印章前往病案室借阅，不得他人代借、转借。

4、借阅者应爱护病案，确保病案的完整。丢失病案者将视情给予经济和行政处罚。

5、本院医师调离，转业或其他原因离开本院，归还全部所借病案后方能办理离院手续。

八、病历复印（在医务人员按规定时限完成病历后予以提供）：

1、对下列人员和机构复印或复制病历资料的申请应当受理：

- (1) 病员本人或其代理人。
- (2) 死亡病员近亲属或其代理人。
- (3) 保险机构。

2、受理申请时，申请人按照要求应提供有关证明材料：

(1) 申请人为病员本人的，应当提供其有效身份证明。

(2) 申请人为病员代理人的，应当提供病员及其代理人的有效身份证明及代理关系的法定证明材料

(3) 申请人为死亡病员近亲属的，应当提供病员死亡证明及其近亲属的有效身份证明及近亲属的法定证明材料。

(4) 申请人为死亡病员近亲属代理人的，应当提供病员死亡证明、近亲属及其代理人的有效身份证明、近亲属关系的法定证明材料、代理关系的法定证明材料。

(5) 申请人为保险机构的，应当提供保险合同复印件，承办人员的有效身份证明，病员本人或者其代理人同意的法定证明材料；病员死亡的，应当提供近亲属或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

3、公安、司法机关因办理案件，需要查阅、复印或者复制病历资料的，由公安、司法机关向医教部出具采集证明的法定证明及执行公务人员的有效身份证明后方可给予协助办理。

4、可以为申请人复印或者复制的病历资料包括：住院病历的入院记录、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查（治疗）同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录。

九、发生医疗问题争议时，由医教部医疗科专职助理员在病员或其有关人员在场的情况下封存病历。封存的病历由病案室负责保管。封存的病历可以是复印件。

第九章、医保处方管理制度

1、处方必须用钢笔书写，项目填写完整，字迹清晰，并有医师签名。如需更改，医师必须在更改处签名。

2、不符合规定或有配伍禁忌处方，药剂人员有权退回处方。

3、每张处方限三日量且不能超过五种药品，慢性病可开七日量，并实行处方限额管理。

4、毒、麻、限剧药品处方必须使用专用处方笺，其用量不得超过规定的常用量。

5、处方当日有效，若超过期限须经医师重开处方方可调配。

6、处方应每天装订成册并统计张数、金额等，按月装箱保存。一般处方保存一年备查，麻醉药品处方保存三年备查，毒性及精神药品处方保存二年备查。

第十章、医保特殊病门诊就医管理规定

- 1、必须持有《基本医疗保险特殊疾病医疗证》和处方，其医疗费用方可纳入特殊病管理。
- 2、医保特殊疾病按规定疾病。
- 3、特殊病人必须到指定科室就诊。
- 4、特殊病只能使用与疾病相关的医保范围的药物。处方量严格控制在 30 天以内的药物剂量。
- 5、违反规定造成费用纠纷者，追究当事人责任。

点击下载获取无水印可编辑电子版

第十一章、医保病人身份核对制度

- 1、临床科室收治参保病人必须核对病人身份，防止冒名顶替。
- 2、核对被保险人的资料后将病人的 IC 卡及身份证明文件的复印件附在病历中。
- 3、被保险人出院后其 IC 卡及身份证明文件的复印件应附在病历中归档。
- 4、长时间住院参保病人阶段结算重新入院，被保险人的 IC 卡及身份证明文件的复印件可重新复印附在运行病历中。

点击下载获取无水印可编辑电子版

第十二章、医保管理联席工作制度

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。

第十三章、医疗保险病历、处方审核制度

- 1、医保住院患者均需由主管医师、主治医师按医保管理规定，审核无误后办理出院。
- 2、出院后的所有病历均由医保办再次审核，违纪者按院内医疗保险处罚标准进行处罚。
- 3、医保办定期到病房检查医疗保险患者的诊疗情况。
- 4、每月对医疗保险处方进行抽查，按《处方管理办法》及《医保管理处罚标准》进行管理。

点击下载获取无水印可编辑电子版

第十四章、医疗保险结算制度

（一）门诊的费用结算

1、门诊医疗费用结算统一采用广发社保（IC 卡）或现金支付方式结算。由被保险人每次到门诊就医时，出示本人 IC 卡直接与定点医疗机构结算或直接支付现金结算。

2、属于特殊病种的门诊结算，收费员应核对被保险人的特定病种医疗卡，把相关的诊疗数据通过医保结算系统上传到社保结算中心，根据返回的信息结算。

（二）住院的费用结算

1、被保险人入院时，住院收费处应核实被保险人的 IC 卡及相关身份证明文件，在规定的时间内为被保险人办理住院登记手续，并将资料及时上传市社保局。因特殊情况，未能及时上传资料的，应在获得有关资料的同时，报市社保局备案后，按规定的程序办理登记手续。

2、被保险人出院时，应根据有关规定，通过医保结算系统，将相关的结算数据上传至医保结算中心进行结算，收取被保险人住院费用总额中被保险人应自付的部分，被保险人或其家属在医保住院结算单上签字作实。其余属于基金支付的部分由市社会局与定点医院机构结算。

3、每月的被保险人住院结算情况、收费明细资料和有关的住院资料应按时送报市社会保险经办机构审核。

4、在被保险人办理住院登记及结算时，有任何疑问，收费员应文明用语，耐心解答，多向被保险人宣传新的医疗保险政策。

第十五章、医疗保险政策宣传及培训制度

1、政策宣传制度

(1) 宣传内容主要是医保证策及由政策配套的实施措施等。

(2) 宣传形式包括以下几方面：在住院部及门诊部显要位置设立医保宣传栏，定期更换内容；定期整理医保政策解答，装订成册进行发放，向患者发放医保住院须知；通过院内导报及网络进行宣传；请上级医保中心人员进行来院讲座、由医护人员向患者进行宣传及医保办开通咨询热线等。

2、培训制度

(1) 对新来的工作人员及进修医生均进行岗前培训、考试，合格上岗。

(2) 每月一次对医保专管员进行培训。

(3) 参加上级医保中心组织的各种培训活动。

第十六章、住院患者医疗保险管理制度

一、住院医疗保险患者身份确认制度

1、医疗保险身份确认证明：职工医保患者本人的社保 IC 卡及身份证，城乡居民医保医疗卡及身份证、户口簿。

2、医保患者住院期间，将医疗卡、身份证、户口簿原件交医保办进行身份识别后做好医保相关登记工作，并交复印件。

二、医疗保险住院押金管理规定

手续齐全时，住院处可以按照医疗保险患者身份办理住院手续。住院患者的身份输入要求按照医疗保险的身份输入。已确认身份的医疗保险患者住院免收押金。

三、医疗保险住院患者缴费及结算管理制度

1、患者住院后，首诊负责的医护人员首先要察看计算机内该患者的身份，并再次明确该病人是否为医疗保险患者。

2、通知患者将社保卡立即送到院医疗保险管理办公室，以确定其医疗保险身份。

3、未经院医疗保险管理办公室最终确认医保身份的医疗保险患者，在用药、检查、治疗中也要严格按照医疗保险有关规定执行，但住院费用要全额缴足，不能出现欠费现象。

4、出院结算时，必须按照医保办提供的该患者医疗保险身份进行医疗保险住院费用的分割结算。未确认身份者，按照住院费用全额结算。

四、医疗保险自费协议管理规定

医疗保险患者住院后，因病情需要使用部分并负担自费的项目，则必须由责任医师与患者或其家属签署自费协议，签署内容要完整，不许非有效法人代签。使用自费药品或进行自费检查、治疗的项目。

第十七章、财务管理制度

- 一、严格遵守国家的各项财经政策、法律和法规，严格按财经制度办事，严禁贪污、挪用公款。
- 二、认真贯彻执行中央、省、市、区医保工作的财务政策，遵守各项规章制度。
- 三、按电脑自动生成的上月实际补助费用报表，逐月向市医保办申报拨付补助基金。
- 四、全方位接受职能部门审计和群众监督。
- 五、负责医保中心交办的各项任务。
- 六、加强院内财务监督检查和业务指导，确保补偿资金的运行安全。
- 七、负责院内发票、卡、证、表册的管理与监督。
- 八、配合做好卫生、财政、审计等有关部门对医保基金收支和结余情况的监督检查工作。