衡阳市职工基本医疗保险

门诊共济定点医疗服务协议

 甲方：

 乙方：

为进一步建立健全门诊共济保障机制，提高职工基本医疗保险（以下简称职工医保）参保人员普通门诊统筹待遇水平，根据中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见（中发〔2020〕5号）《国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》（国办发〔2021〕14号）《湖南省人民政府办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》（湘政办发〔2022〕12号）和衡阳市人民政府办公室关于印发《衡阳市职工基本医疗保险门诊共济实施细则》的通知（衡政办发〔2022〕27号）等规定，为切实做好我市基本医疗保险门诊共济医疗保障工作，经甲乙双方共同协商达成如下协议:

#  总 则

**第一条** 甲乙双方应当认真贯彻执行国家、湖南省及衡阳市医疗保障相关文件精神。乙方应坚持保障基本，更好的解决职工医保参保人员门诊保障问题，切实减轻其医疗费用负担。坚持定点就医，尊重参保人的就医选择权，逐步促进基层首诊和逐级转诊的管理机制。本协议甲乙双方一旦签订，乙方即成为我市门诊统筹定点医药机构，双方应认真贯彻落实国家、省、市有关门诊统筹管理的各项政策规定，保证参保人员依法享受医疗保险待遇。

**第二条** 乙方定点应自愿主动申请，在认可本服务协议基础上，经甲方审核通过后的下个月才能开展职工门诊共济业务。乙方所提供的医疗服务应当符合卫生健康行政部门许可的诊疗科目和执业范围。民营医疗机构还需提供经营范围。

**第三条** 乙方应当建立健全医保门诊共济管理服务部门，明确院级领导分管医保工作，配备专职管理人员，乙方应建立健全财务制度，配备专门财务人员，加强财务票据管理工作。

协议履行期间，乙方的名称、执业地址、经营性质、法人代表、医疗机构级别、诊疗科目、床位数、主要医疗设备设施、银行结算账户、医保经办人等发生变化时，应在五个工作日内向甲方提供相关材料申请变更。乙方在受到甲方或其他部门违规违约处理期间，甲方不受理其变更备案业务。

**第四条** 乙方应当在本机构的醒目位置悬挂定点医疗机构和医保基金监督举报电话的标识标牌及医保违法违规警示标牌。

乙方应当在本机构的醒目位置设置医保政策宣传栏及咨询台，采取多种方式开展医保政策咨询和宣传工作，并定期更新宣传内容。

**第五条** 根据《医疗保障基金使用监督管理条例》第七条之规定，医疗机构要加强行业自律，规范医药服务行为，合理使用医疗保障基金。

 甲方依据职能职责对乙方进行门诊医保管理服务工作日常稽查，包括但不限于履行本协议的情况进行监督检查，并对乙方的违约行为进行处理，乙方必须配合甲方的监督检查等相关工作。

**第六条**　乙方按属地管理原则纳入就医地经办机构日常稽核管理和年度考核，考核结果与预留风险调剂金挂钩。

# 待遇管理

**第七条** 乙方应参照衡阳市人民政府办公室关于印发《衡阳市职工基本医疗保险门诊共济实施细则》的通知（衡政办发〔2022〕27号）相关要求执行待遇保障政策为参保职工提供相关待遇服务，门诊统筹待遇享受期与职工医保待遇享受期一致。

**第三章**  **就医管理**

**第八条** 乙方应坚持“以病人为中心”的服务准则，为参保职工提供服务。向参保人员提供医疗费用清单，并承担查询、解释义务。不得推诿和拒绝参保人员门诊就医，不得将不符合医保政策的药品纳入门诊统筹报销范围。

**第九条** 乙方诊疗过程中应严格执行首诊负责制和因病施治的原则，合理检查、合理治疗、合理用药，不断提高医疗服务质量，不得诱导参保人住院，严格把控入院指征。

乙方原则上应使用门诊统筹支付范围内的药品和诊疗项目。确因病情需要，使用基本医疗保险门诊统筹支付范围外药品或诊疗项目时，须经参保职工在处方上签名同意，并留存联系方式。

**第十条** 乙方开展职工门诊统筹须按照以下就医、结算流程:

（一）乙方需确认参保人实行凭身份证、社保卡或电子医保卡实名制就诊，无效证件就诊发生的门诊统筹费用甲方不予支付；乙方应对统筹区异地就医患者进行身份识别，确认相关信息，为参保患者提供与本地医保患者一样的诊疗和直接结算服务。

（二）乙方需做到看病有登记、用药有处方、收费有单据，并建立门诊台账。按照医保有关规定，及时准确上传相关数据，严格执行药品价格和医疗服务收费标准。门诊日志需登记患者详细信息:姓名、身份证号码，联系电话等；

（三）划价、收费、检查或取药。门诊结算单一式两份，一份交参保职工保存，另一份乙方留存备查，结算单必须有参保职工签字及留存的有效电话号码，参保人联系电话的有效率作为监管的重要指标之一。结算时，参保职工只需支付个人自付部分，个人自付部分由乙方开具正规发票给参保人，统筹支付部分由乙方向甲方申报结算。

**第十一条** 乙方应为参保职工建立门诊病历，就诊记录应清晰、准确、完整。门诊处方至少应保存2年。

#  第四章 结算管理

**第十二条** 普通门诊统筹实行“总额控制、按月结算、结余结转、超支挂账、年度清算”的医保付费机制。在年初预算编制时，先按门诊统筹筹资总额10%预留风险调剂金，再按全市异地就医备案人数占总参保人数的比例预留异地门诊结算资金，剩余的总额作为市域内年度总控指标，按12个月平均分配月度总控指标。门诊统筹信息平台每月自动汇总全市各定点医疗机构发生的门诊共济医疗费用、统筹基金应支付金额（简称基金支付），并根据总额自动计算出各定点医疗机构当月结算支付比例，自动生成各定点医疗机构基金实际支付金额。当月度总控制指标大于或等于当月基金支付总额时，按实结算支付给各定点医疗机构门诊共济结算费用，对当月结余的总控指标，结转到年底清算；当月度总控指标小于当月基金支付总额时，按系统自动计算的支付比例结算，并支付各定点医疗机构，当月超支费用，待年度清算时按规定支付。清算时系统自动汇总出全年实际门诊共济医疗费用、统筹基金应支付费用、统筹基金已支付费用和系统计算出各定点医疗机构清算比例进行清算，并形成清算单。清算后对超出市域内年度总控指标的费用，由风险调剂金与市异地门诊统筹结算后的剩余基金给予弥补，不足部分由定点医疗机构全额承担。

**第十三条** 乙方应在每个月的5号前（节假日顺延），将上一月参保人员的门诊共济医疗费用对账单及分类明细报表在医保信息系统中上报甲方进行结算，如对账不清造成不能上传申报结算，当月费用不予支付，视年底基金结余情况予以适当补助。

甲方应在受理乙方清算申请30个工作日内支付应由基金支付的费用，对不符合医疗保险政策或审核存在违规情况的费用，甲方按照处理决定在结算支付时从统筹基金支付中进行扣减。经办机构不予支付的费用、定点医疗机构按医保协议约定拒付费用、扣除的预留金及其支付的违约金，定点机构不得作为欠费处理。

**第十四条** 甲方按属地管理原则负责本区域内定点医疗机构的门诊共济统筹费用结算和年度清算工作。

**第十五条** 参保人员在市域内定点医疗机构凭医保电子凭证（居民身份证或社会保障卡）就医购药，执行职工门诊统筹待遇政策，发生的门诊费用在定点医疗机构实行直接结算。参保人员只需支付个人自负费用，属于门诊统筹基金支付的费用，由定点医疗机构与甲方按协议规定支付。

# 第五章 监督管理

**第十六条** 甲方对乙方违反本协议的行为，视具体情节暂缓结算门诊统筹费用、拒付门诊医疗费用、暂停或取消定点资格等方式处理。

**第十七条** 暂缓结算门诊统筹费用情形：乙方不按本协议条款安装医保信息系统、上传门诊信息数据。

**第十八条** 拒付门诊统筹费用情形：乙方存在过度医疗、上传门诊数据延迟、未按本协议要求签字及留存联系方式、未按本协议规定流程进行门诊医疗保障结算的。

**第十九条** 暂停或终止门诊统筹定点情形：乙方用经济手段诱导门诊就医、虚报费用等违规行为，予以通报并暂停协议；对账不清等原因造成不能正常结算；乙方存在弄虚作假、冒名顶替等严重违规行为，甲方除扣除由门诊统筹基金支付的费用外，另根据情节严重程度处暂停或终止协议。涉嫌违纪违法的，移送医保行政部门处理。

**第二十条** 乙方如不执行门诊统筹政策、对门诊统筹工作消极对待、拒收或推诿前来就诊的参保人员，甲方可直接取消乙方的门诊定点资格。

**第二十一条** 甲方对乙方的违约处理应实事求是、客观公正、证据确凿、材料齐全。违约处理一经作出，下达违约扣款通知。被处理单位有异议的，应在15个工作日内提出，甲方应重新进行复核后，有变动的，按变动的数额下达违约扣款通知；无变动的，维持原处理意见。逾期不提出的，视为默认。

**第二十二条** 在协议有效期内，任何一方如有重大政策变化与调整，应及时通知对方，并就重大政策变化与调整事项进行协商。甲方在监管政策上如有调整或变更，应及时告知乙方，如因甲方不履行告知义务而导致乙方违约的，乙方不承担违约责任。

**第二十三条** 乙方辖区内的分院，年度内未与甲方签订职工基本医疗保险门诊共济协议的，不作为门诊共济定点医疗机构。

**第六章 附则**

**第二十四条** 衡阳市医疗保障局根据国、省医保局部署，按基本医保基金支付能力、医疗技术发展等情况，对门诊统筹相关政策待遇标准、结算标准、支付方式等适时进行调整，同步完善全市城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹政策，逐步提高医保基金使用效率。

# **第二十五条** 协议有效期2022年12月31日至2023年12月31日。协议执行期间，法律、法规和政策有调整的，应按新的规定执行。

**第二十六条** 协议一式两份，甲乙双方各执一份，经甲乙双方签字盖章后生效。本协议最终解释权归甲方。

甲方法人： 乙方法人：

 年 月 日 年 月 日