

ICS 11.020
C 07

团体标准

T/CHAS 10-4-11—2023

中国医院质量安全管理

第 4-11 部分：医疗管理 医保费用管理

Quality and safety management of Chinese hospital——

Part 4-11: Medical management ——Medical insurance expense management

2023 -10 -28 发布

2023 -12 -30 实施

中国医院协会 发布

目 次

| | |
|--------------------------------|-----|
| 前言 | III |
| 1 范围 | 1 |
| 2 规范性引用文件 | 1 |
| 3 术语与定义 | 1 |
| 4 关键要素 | 3 |
| 5 要素规范 | 3 |
| 5.1 管理要求 | 3 |
| 5.2 医保诊疗质控 | 4 |
| 5.3 审核结算 | 4 |
| 5.4 医保基金管理 | 5 |
| 附录 A(资料性附录) 医保费用管理相关监测指标 | 6 |
| 参考文献 | 7 |

前 言

《中国医院质量管理》分为以下部分：

- 第1部分：总则
- 第2部分：患者服务
- 第3部分：医疗保障
- 第4部分：医疗管理

《中国医院质量管理 第4部分：医疗管理》包括以下部分：

- 第4-1部分：医疗管理 医疗质量管理
- 第4-2部分：医疗管理 护理质量管理
- 第4-3部分：医疗管理 医疗技术管理
- 第4-4部分：医疗管理 医疗风险管理
- 第4-5部分：医疗管理 用药安全管理
- 第4-6部分：医疗管理 医疗安全（不良）事件管理
- 第4-7部分：医疗管理 器械管理
- 第4-8部分：医疗管理 医院感染管理
- 第4-9部分：医疗管理 危急值管理
- 第4-10部分：医疗管理 病案管理
- 第4-11部分：医疗管理 医保费用管理
- 第4-12部分：医疗管理 医院安全文化建设
- 第4-13部分：医疗管理 住院患者健康教育
- 第4-14部分：医疗管理 应急管理

本标准是第4-11部分。

本标准按照 GB/T 1.1-2020 给出的规则起草。

本标准由中国医院协会提出并归口。

本标准起草单位：中国人民解放军总医院，中国医学科学院整形外科医院，北京医院，中日友好医院，中国医科大学附属第一医院，上海交通大学医学院附属新华医院，海军军医大学第三附属医院，空军军医大学空军特色医学中心，医院标准化专业委员会。

本标准主要起草人：王涤非，陈颖，杨锦彤，毕春梅，罗薊，杨少春，吴杰，陈姝，王昆，程立，李德昊，梁静，武娜，刘斌，王彬，王晨，杨昕雨，刘杰，刘月辉，刘丽华。

中国医院质量安全管理 第4-11部分：医疗管理 医保费用管理

1 范围

本标准规范了医院医保费用管理的组织体系、诊疗质控、费用结算、医保基金管理等各要素。

本标准适用于各级各类医院，是医院医保管理、医保结算、临床医护等相关工作人员进行医保费用管理的依据。

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。

病历书写基本规范（试行）（中华人民共和国卫生部卫医政发〔2010〕11号）

全国医院医疗保险服务规范（试行）（中国医院协会 2015）

3 术语与定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

医疗保险 medical insurance

医疗保险一般指基本医疗保险，是为了补偿劳动者因疾病风险造成的经济损失而建立的一项社会保险制度，是国家通过立法强制规定，用人单位和社会成员个人共同缴纳医疗保险费，建立医疗保障基金，当社会成员个人因疾病或者意外伤害需要获得必需的医疗服务时，按规定提供医疗服务补偿的一种社会保障制度。

3.2

医疗保障基金 medical security fund

医疗保障基金是指国家为保障职工和居民的基本医疗，由医疗保险经办机构按照国家有关规定，向单位和个人筹集用于职工基本医疗保险的专项基金。基本医疗保障基金包括职工基本医疗保险、居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助等基金类型。

3.3

医疗保险费用 medical insurance expenses

医疗保险费用是指参保人员在选定的医保定点医院就医、定点药店购买时发生的医疗费用中，按医保政策规定从医疗保障基金中支付的医疗费用。

3.4

实名制就医 real name medical treatment

实名制就医，即参保人员以本人真实姓名、有效证件预约挂号、就医，同时提供有效联系方式的行为。

3.5

“三个目录” “three directories”

基本医疗保险的“三个目录”是指《基本医疗保险药品目录》、《基本医疗保险服务设施目录》、《基本医疗保险诊疗项目目录》，由省级及以上劳动保障部门制定，对纳入基本医疗保险范围的药品、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准进行严格规定。

3.6

医疗保险实时结算 real-time medical settlement

医疗保险实时结算是指由医院结算员现场通过医保结算平台计算参保人的统筹支付部分,再根据实际医疗费用计算出参保人员自付金额的行为。

3.7

医疗保险支付方式 payment method of medical insurance

医疗保险支付方式是指医疗保障机构向医疗服务提供方支付医药费用的方法,指医疗保障机构按照有关规定,在被保险人接受医院提供的医疗服务后,对被保险人支付的医疗费用进行补偿的结算办法。

3.7.1

总额预付 global budget

总额预付是指政府或保险机构通过对服务地区的历史数据、人口密度、医院规模、服务数量和质量、设施设备等因素进行综合考察和测算之后,与医疗服务机构协商确定年度预算总额,实行费用封顶,超出部分医院自理,结余部分医院留用的支付方式。

3.7.2

按服务项目付费制 fee for service, FFS

按服务项目付费制是指医疗保障机构按被保险人在医疗机构所接受的诊疗项目支付费用等方式。

3.7.3

疾病诊断相关分组 diagnosis related groups, DRGs

疾病诊断相关分组(Diagnosis Related Groups,简称DRGs)是指用于衡量医疗服务质量效率以及进行医保支付的一个重要工具。DRGs实质上是一种病例组合分类方案,即根据年龄、疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式、病症严重程度及转归和资源消耗等因素,将参保人员分入若干诊断组进行管理的体系。

3.8

医保协议 medical insurance agreement

医保协议是指医疗保障机构与定点医院签订医疗保障服务协议,包括但不限于医疗服务、医药管理、总额预算管理等内容。

3.9

医保拒付 protest in medical insurance

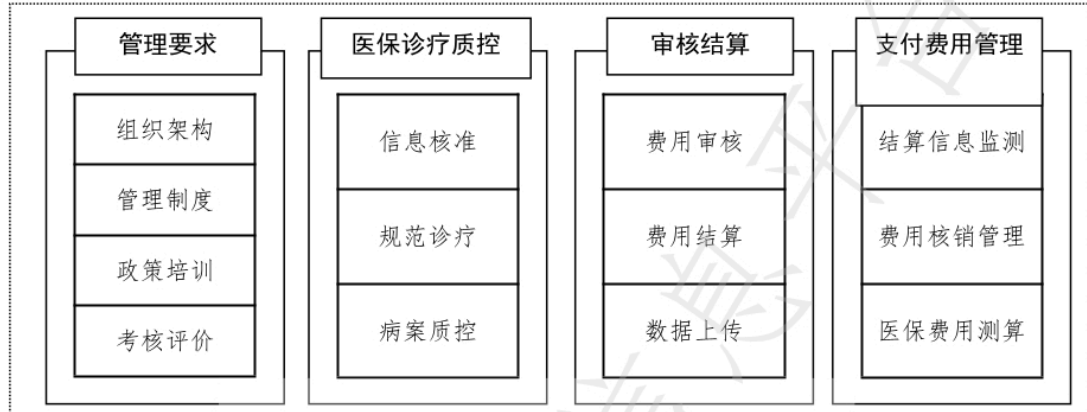
医保拒付是指医疗保障机构对定点医疗机构上报的医保患者费用中,超出所属病种规定范围的药品、材料、治疗项目等花费的费用,不予用医保基金支付的行为。

3.10

费用审核 medical insurance audit

费用审核是指医院医保费用审核人员依据相关规定和标准,对参保人员的诊断、诊疗项目、用药及使用耗材等等进行审核,以确定是否符合医保报销条件的行为。

4 关键要素



医保费用管理关键要素图

5 要素规范

5.1 管理要求

5.1.1 组织架构

5.1.1.1 医院应建立医疗保险管理体系，成立由分管院领导负责的医疗保险管理委员会，委员会应包括医疗管理、医保、财务、信息、病案、医护及质控等部门，并配备专（兼）职医保管理人员。

5.1.1.2 医院应按照自身规模、功能、任务，合理配置医保管理部门人员。根据《全国医院医疗保险服务规范（试行）》中相关规定，100张床位以上的医院，应设立独立的医保管理部门；100床位以下的医院最少配备1名专职管理人员。

5.1.1.3 医院应建立医保临床信息化操作系统，并且根据国家和地方政府的相关政策要求及时进行相应的更新和调整。

5.1.2 管理制度

5.1.2.1 医院应建立本单位医疗保险管理工作制度，包括医保费用审核制度、医保患者自费项目知情同意制度、医保基金结算管理制度等。

5.1.2.2 医院应及时审核医疗保险管理工作制度，并根据政策变化增加或修订不适用的内容。

5.1.2.3 临床科室应将落实医保管理纳入科室管理的重要内容，并指定具体责任人。

5.1.3 政策培训

5.1.3.1 医院应参加由医疗保障机构组织的宣传和培训。

5.1.3.2 医院应制定医疗保险政策及知识宣传培训计划，对内部工作人员开展医疗保险相关制度、政策培训。培训内容包括但不限于：医保政策、医疗服务价格政策、医保支付方式政策、病历书写基本规范等。

5.1.3.3 医院应对参保人员进行医疗保险政策宣传和教育的，认真做好政策咨询、问题解答等工作，积极引导参保人员按政策有序就医。

5.1.4 考核评价

5.1.4.1 医院应建立由医疗保险管理委员会牵头、各相关部门联动的医保考核评价机制。

5.1.4.2 医院应以所在省市或地区医疗保障机构制定的医疗保险质量评价指标为依据，结合本单位工作实际，制定医院医疗保障基金管理计划、目标，以及考核评价指标，定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正不规范行为。

5.1.4.3 医院应定期对医保质量和医保数据进行分析、评估、总结、考核，加强医保管理质量控制，及时进行通报和点评，提出改进措施，落实考核指标。

5.1.4.4 医保费用管理考核评价内容包括但不限于：医保基金使用效率、医疗服务质量、拒付情况等，其中医院医保费用内控管理情况、财务管理情况，药品耗材集中带量采购情况，医保信息业务编码应用情况以及医保基金使用过程中涉及的医疗服务和收费行为要作为重点管控内容。

5.2 医保诊疗质控

5.2.1 信息核准

5.2.1.1 实名制就医核准

医院工作人员应执行实名就医管理规定，核验参保人员有效身份凭证，按照诊疗规范提供合理、必要的医疗服务，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医。

5.2.1.2 身份待遇信息核准

a) 医院挂号及住院办理人员应对参保人员的身份待遇及费别信息进行核准录入。对于首次就诊的参保人员，应在挂号系统中完整录入信息，包括但不限于姓名、身份证号、联系电话、通信地址等。

b) 医院工作人员应参照参保人员参保地医保部门公布政策，核准对应的医保报销比例及待遇标准，并核准参保人员定点医院，除急诊和抢救外，参保人员在非定点医院就医发生的费用医疗保障基金不予支付。

5.2.2 规范诊疗

5.2.2.1 医生应根据参保人员的病情开具检查、检验及用药处置意见，遵循临床诊疗必须、安全有效、费用适宜的诊疗原则，严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录，提供合理、必要的诊疗服务，控制参保人员自费比例，提高医疗保障基金使用效率。医院应按有关规定执行集中采购政策，优先使用集中采购药品和耗材。

5.2.2.2 除急诊、抢救等特殊情形外，医院提供医疗保障基金支付范围以外的医疗服务的，应经参保人员或委托人同意并签署自费协议。急诊、抢救等特殊情形，使用后及时告知参保人员或委托人并补签自费协议。自费协议内容包括但不限于：非疾病治疗项目、责任事故项目、科研性项目、临床验证性项目、医保目录外药品等。

5.2.2.3 医院应定期开展医疗保障基金使用情况质控。质控内容包括但不限于分解、挂床住院，违反诊疗规范过度诊疗，造成医疗保障基金损失的其他违法行为。

5.2.2.4 医院应根据质控数据，分析汇总，查找问题，评估现有制度流程，提出整改方案。

5.2.3 病案质控

5.2.3.1 医生应客观、真实、准确、及时、完整、规范书写病历和病案首页，包括参保人员基本信息、诊断信息及手术信息等。护士应规范填写护理病案，包括医嘱内容等，病案首页的内容应与临床诊疗过程相符。

5.2.3.2 病案管理部门应建立病案质控制度，对病案及病案首页内容进行质控，质控内容包括但不限于诊断、诊疗经过、高值耗材条形码等。

5.2.3.3 病案质控发现问题应及时联系科室医生、护士修改，对填写完毕的病案及时整理归档，对于归档后再次修改的病历按流程及时补录，确保医保病案的完成率及合格率。

5.3 审核结算

5.3.1 费用审核

5.3.1.1 费用审核时应鉴别参保人员的身份，根据不同身份执行不同的审核标准。

5.3.1.2 费用审核时应判断参保人员的疾病诊断情况是否符合医疗保障基金支付范畴。若属于医疗保障基金支付范畴，可进行诊疗项目审核。参保人员疾病情况不属于医疗保障基金支付范畴，则本次就诊需要自费结算。

5.3.1.3 诊疗项目的审核内容包括药品、诊疗、耗材、服务设施等。其中药品应审核适应症、用药途径、用药量等；诊疗、耗材、服务设施应审核收费依据、项目内涵、适用范围等。

5.3.1.4 费用审核时应根据参保人员待遇判断参保人员的支付方式，确定按项目、按病种、按疾病诊断相关分组等结算方式。

5.3.2 费用结算

5.3.2.1 医院医保费用结算工作人员应严格遵守国家、各省市医疗保障机构及医院各项管理规定，准确掌握医保政策，审核参保人员医嘱，按照“三个目录”复核收费项目，确保参保人员基本信息与待结算费用准确无误，避免造成医保拒付。

5.3.2.2 参保人就医直接联网结算，结算系统提示报错时，结算工作人员应留存报错信息，初步判断报错原因，联系医院医保相关部门沟通处理报错信息，按照当地医保机构规定的结算时限重新办理结算手续。

5.3.3 数据上传

5.3.3.1 医院医保管理部门负责医疗保障基金数据的上传工作，每日上传当日结算信息，确保医保结算数据上报及时、完整、准确，缩短医保款项垫支时间。

5.3.3.2 医院医保费用管理人员应定期按照区县、病种、结算时间等要素汇总登记相关信息，并向所属医疗保障机构报送相关纸质材料，若所属医疗保障机构不要求报送纸质材料，则以医疗保障机构要求为准。

5.3.3.3 医保数据上传过程中出现系统报错情形，应及时联系医保信息系统维护人员，查明报错原因，尽快处理故障，确保数据上传成功。

5.3.3.4 医院应做好与医保有关的信息系统安全保障工作，遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私。

5.4 支付费用管理

5.4.1 结算信息监测

5.4.1.1 医院应指派专人每日负责对上传申报的医保数据进行复核监测。

5.4.1.2 发现有因医保拒付或其他报错信息导致医疗保障申报基金有遗漏的，应及时联系医保管理部门查找原因并进行处理。

5.4.2 费用核销管理

5.4.2.1 医院医保费用管理人员应在收到医疗保障基金回款后及时进行账务处理，根据回款险种与日期等信息，对相应医疗保障申报基金进行核销。

5.4.2.2 医院医保费用管理人员每月应统计分析医疗保障申报基金回款情况，对于未回、漏回款项应单独提取数据，反馈给医保管理部门相关人员进行催缴。

5.4.2.3 医院医保费用管理人员对医保拒付款项应查明拒付原因和金额，根据拒付原因分类处理，并冲减当年医疗收入或医保应收款。

5.4.2.4 医院应根据所在省市医疗保障机构出具的相关通知对总额预付年终清算结余或超支进行相应的会计处理，超支部分按医院应分担的比例冲减当年医疗收入；结余部分按医院应分担的比例计入当年医疗收入或按规定用于人员奖励等。

5.4.3 医保费用测算

5.4.3.1 医院医保管理部门应及时、准确、完整的进行医保费用数据测算分析，针对性制定和执行管理政策，平衡运作资金的收支，提高医院医疗保障基金管理效率。

5.4.3.2 医保费用测算内容包括但不限于使用总额基金预估、收支结余情况、基金增减预判等。实行疾病诊断相关分组付费管理的，应在总额预算下充分考虑医疗保障基金的可承载能力和本单位住院实际情况，确定DRGs付费预算额度，并合理测算支付标准。

5.4.3.3 医院医保管理部门发现不合理支付及时与医疗保障机构进行沟通或申诉，寻求医疗保障机构支持，争取给予补充支付。

附 录 A
(资料性附录)
医保费用管理相关监测指标

- A1 门诊病人均医药费用=门诊收入/总诊疗人次数
A2 出院者平均医药费用=每床日平均费用水平×出院者平均住院天数
A3 门诊病人均医药费用增幅=[(本年度门诊病人均医药费用-上年度门诊病人均医药费用)/上年度门诊病人均医药费用]×100%
A4 住院病人均医药费用增幅=[(本年度住院病人均医药费用-上年度住院病人均医药费用)/上年度住院病人均医药费用]×100%
A5 参保人员个人支出比例=(参保人员个人支付医疗费用/参保人员就医医疗费用)×100%
A6 医保目录外费用比例=(参保人员就医医保报销目录外医疗费用/参保人员就医医疗费用)×100%
A7 药占比(不含中药饮片)=(医院药品收入/医疗收入)×100%
A8 拒付率=(拒付金额/申报金额)×100%
A9 DRG 权重=该 DRG 中病例的例均费用/所有病例的例均费用
A10 CMI 值= \sum (某 DRG 权重×医院 DRG 例数)/医院所有病例数

参 考 文 献

- [1] 国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定(国发〔1998〕44号)
- [2] 医院医疗保障定点管理暂行办法(国家医疗保障局令 第2号)
- [3] 医疗保障行政处罚程序暂行规定(国家医疗保障局令 第4号)
- [4] 医疗保障基金使用监督管理举报处理暂行办法(国家医疗保障局令 第5号)
- [5] 关于印发医院执行《政府会计制度——行政事业单位会计科目和报表》的补充规定和衔接规定的通知。(财会〔2018〕24号)
- [6] 国家医保局 人力资源社会保障部关于印发《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2020年)》的通知(医保发〔2020〕53号)
- [7] 国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见。(国办发〔2021〕18号)
- [8] 国家医疗保障局办公室关于修订《医疗保障基金结算清单》《医疗保障基金结算清单填写规范》的通知(医保办发〔2021〕34号)
- [9] 国家医疗保障局办公室关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知(医保办发〔2021〕27号)
- [10] 国家医疗保障局办公室关于印发按疾病诊断相关分组(DRG)付费医疗保障经办管理规程(试行)的通知(医保办发〔2021〕23号)
- [11] 国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知(医保发〔2022〕22号)
- [12] 国家卫生健康委 国家中医药管理局 医院内部价格行为管理规定(国卫财务发〔2019〕64号)
- [13] 中华人民共和国国务院 医疗保障基金使用监督管理条例(中华人民共和国国务院令 第735号)
- [14] 卫生部处方管理办法(卫生部令第53号)
- [15] 李乐乐. 政府规制与标尺竞争: 医保支付方式改革的治理路径分析[J]. 经济社会体制比较, 2021(03):80-88.
- [16] 李诗晴, 褚福灵. 医疗保险支付总额预算管理改革是否提高了医疗服务效率?——基于某省级职工医疗保险的证据[J]. 济南大学学报(社会科学版), 2021(03):140-150+.
- [17] 李中凯, 廖原, 于爱平. 加强临床科室医保管理对提高医保工作质量的探讨[J]. 解放军医院管理杂志, 2016, 23(2):132-134.
- [18] 潘力. 医院医保拒付管理存在的不足之处及其解决方法探讨, 经济研究导刊, 2017(14):151-152.
- [19] 谭卉妍, 邹志辉, 陈敏, 黄凡, 赖永洪. 医院医保医疗费用规范管理对医保支付效果的影响[J]. 中国医疗保险, 2018(2):56-59.
- [20] 闫军屯. 医保持续质量管理对医保违规的影响[J]. 世界最近医学信息文摘, 2019(54):227-229.
- [21] 许静静. 公立医院次均费用考核管理及优化措施探索[J]. 江苏卫生事业管理, 2021(4):489-492.
- [22] 张芳芳. 浅谈精细化管理在医院中的有效实施[J]统计与管理, 2017(12):163-164.
- [23] 张庆红等. 总额付费下医保费用考核指标精细化管理探究[J]. 江苏卫生事业管理, 2018(6):669-672.
- [24] 李莉, 杜燕, 宋岩. 医院医保从业人员持续改进医保管理的做法与建议[A]. 新疆. 《大家健康》2018年3月第12卷第8期, 2018.
- [25] 邸宁, 王昌明, 彭玲. 医保管理纳入医院质量与安全管理成效分析[B]. 广西桂林. 《现代医院管理》2014年6月第12卷第3期, 2014.
- [26] 胡华. 三甲医院医保管理工作的难点及对策研究[J]. 中国医院. 2014.
- [27] 徐兰兰. 医院医保管理的实践与探讨. 江苏卫生事业管理[J]. 2013.
- [28] 陈艳辉. 医院加强医保管理的实践与体会. 办公室业务[J]. 2013.

- [29] 张丽梅. 浅谈医院医保管理体系建设. 中国实用医药[J]. 2010.
- [30] 戴书云. 规范医保管理控制医保费用减轻参保人员负担[J]. 内蒙古中医药. 2009.
- [31] 陈莹. 医院加强医保管理研究. 现代经济信息[J]. 2017.
- [32] 谭洁莹, 医保数据测算在医院医保管理部门的应用分析. 现代商贸工业[J]. 2019

