眉山市职工医疗保险与生育保险

业务经办规程（征求意见稿）

为加强我市职工医疗保险与生育保险经办业务管理，建立规范化、标准化、制度化的经办业务操作流程，根据《中华人民共和国社会保险法》、《社会保险费申报缴纳管理规定》（人社部20号令）、《眉山市职工医疗保险与生育保险管理办法》（眉府办发〔2020〕3号）等法律法规及相关政策，结合我市实际制定本规程。

第一章 征缴及个人账户管理

**一、参保登记**

**（一）单位参保登记**

1.职工基本医疗保险与生育保险登记实行属地管理原则。我市区域内所有用人单位应当自成立之日起30日内凭营业执照、登记证书及单位印章，向当地医保经办机构申请办理职工基本医疗保险与生育保险登记；并严格按照《社会保险法》，为全体职工办理参保登记、缴费申报等。

2.参保单位申请办理职工基本医疗保险与生育保险登记时，应填报《组织新登记信息情况表（单位）》和《眉山市职工医疗与生育保险参保单位申报表》（增减员表），同时提供以下证件和资料：

（1）法人证书、组织机构代码证书、营业执照复印件；

（2）法人代表身份证复印件；

（3）单位职工工资发放花名册（职工签字）；

（4）医保经办机构规定的其他材料。

3.医保经办机构应在10个工作日内审核完成，符合参保条件的及时登记、录入医保信息系统；未通过审核，应向申请人说明原因。

4.用人单位不办理职工基本医疗保险与生育保险登记的，由社会保险行政部门责令限期改正；逾期不改正，由行政部门依法处理。

**（二）灵活就业人员参保登记**

1.我市区域内未达到法定退休年龄的灵活就业人员，可以参加职工基本医疗保险。

2.新参保的灵活就业人员（含已参保但中断缴费6个月以上的灵活就业人员）应参加健康检查。患有Ⅱ类门诊特殊疾病病种的灵活就业人员暂缓纳入我市职工基本医疗保险新进参保范围。

3.新参保的灵活就业人员，应填报《组织新登记信息情况表（个人）》，同时提供以下证件和资料：

（1）本人身份证复印件；

（2）在设立了体检科的医疗机构进行健康检查的报告。

4.医保经办机构应对符合参保条件的即时登记、录入医保信息系统；未通过审核，应向申请人说明原因。

5.新参保的灵活就业人员自缴费之月起第7个月开始享受基本医疗保险待遇。

**（三）变更登记**

1.参保单位或参保人员信息变更，应在30日内持变更手续或本人身份证等到医保经办机构办理变更手续。

2.医保经办机构要即时验审材料，登记、录入医保信息系统，并留存相关材料；未通过审核，应向申请人说明原因。

**（四）注销登记**

1.参保单位发生解散、破产、撤销、合并、成建制转出、被吊销营业执照等情形，依法终止职工基本医疗保险与生育保险关系时，应在30日内到医保经办机构申请注销登记。

2.注销登记应填报《组织信息变更情况表（单位）》，同时提供以下证件和资料：

（1）注销通知书或有关部门批准的注销证明；

（2）法律裁定企业破产等法律文书；

（3）单位主管部门批准解散、撤消、终止的有关文件；

（4）有关部门批准转出的证明；

（5）医保经办机构规定的其他证件和资料。

3.参保单位在办理注销登记前，应当结清应缴纳的职工基本医疗保险与生育保险费、利息、滞纳金等。

**二、缴费流程**

**（一）缴费方式**

1.机关事业单位原则上应按月通过税务部门平台在每月20日前足额缴纳，职工个人缴纳部分由用人单位代扣代缴，若无法缴纳应即时与税务部门联系核实情况，不再转账至医保经办机构。

2.企业单位应按月在每月25日前足额转账至医保经办机构，职工个人缴纳部分由用人单位代扣代缴。

3.灵活就业人员。由本人在每年3月底前，通过税务部门（或税务部门指定经办机构）一次性缴纳当年医保费。

**（二）缴费申报**

1.参保单位缴费申报

（1）缴费基数为用人单位职工的工资总额（工资总额包括工资、奖金、津贴、补贴和其他工资性收入等），缴费基数不实行封顶。工资总额低于最低缴费基数，按最低缴费基数计算。无法核定缴费基数以及退休或达到法定退休年龄的参保人员，缴费基数按最低缴费基数计算。统一以全市上上年度全部单位职工平均工资作为我市职工基本医疗保险与生育保险的最低缴费基数。

（2）参保单位缴费基数一次核定，全年执行。

（3）参保单位须在每年1月15日前（机关事业单位须在每年1月10日前）向医保经办机构申报当年度的职工基本医疗保险与生育保险缴费基数，应填报《缴费工资申报表》，并提供以下资料：

①单位上年度工资统计报表和财务决算报表；②上年11月或12月份职工工资发放花名册。

（4）医保经办机构对参保单位送达的申报表和有关资料及时审核。对申报材料齐全，缴费基数符合规定，签章核准，确定单位基本医疗保险缴费基数；对不符合规定的申报表，提出审核意见，退回参保单位修正并于5日内再次申报。

2.参保单位缴费核定

（1）参保单位缴费人数因增加、减少、退休、死亡等原因发生变化，单位应在每月15日前（机关事业单位应在每月10日前）向当地医保经办机构申报办理。

（2）参保单位申报时，应填报《职工基本医疗保险与生育保险人员增（减）表》，并提供变更人员退休、调入（出）、新聘、辞（解）聘、死亡等相关材料。增（减）表每月只报送一次。逾期不报送，医保经办机构视其无变动，按上月计划进行结算和征收计划推送，由此产生的问题由参保单位自行负责。

（3）医保经办机构对参保单位报送的变更资料，应即时进行审核，根据核定的当期参保人数、缴费基数、缴费费率计算应缴费用数额，打印缴费通知单并发放至缴费单位，同时按税务部门要求，将机关事业单位的征收计划通过医保信息系统推送至同级税务部门，已推送的征收计划不得变更和撤销。

（4）缴费单位如对缴费金额有异议应及时核对，如无异议应严格按缴费通知单金额足额缴纳（参保单位当月无变更的按上月缴费通知单金额缴纳）。

3.参保单位费用缴纳及管理

（1）职工基本医疗保险由参保单位按职工本人缴费基数的7.5%缴纳，职工按本人缴费基数的2%缴纳。未缴满规定年限的单位退休人员由参保单位按本人缴费基数的7.5%缴纳，个人不缴费。财政供养人员的生育保险由参保单位按本人缴费基数的0.3%缴纳，非财政供养人员的生育保险由参保单位按本人缴费基数的0.8%缴纳，个人不缴费。

（2）参保单位当月未按规定申报且未缴纳、申报后在次月仍未足额缴纳、因瞒报（漏报）职工人数或缴费基数等事项而少缴，医保经办机构于查明欠缴事实后，自欠缴月份第三个月起按日加收0.5‰滞纳金，并在5个工作日内发出《社会保险费限期补缴通知》，责令参保单位在收到通知后5个工作日内补缴，同时告知其逾期仍未缴纳，将按《社会保险法》第六十三条、第八十六条规定处理。

滞纳金并入统筹基金，参保单位不得要求职工承担滞纳金。

（3）参保单位逾期仍未足额缴纳，按照《社会保险法》第六十三条第二款、《社会保险费申报管理规定》（人社部20号令）第四章或《社会保险法》第八十六条的规定依法办理。

（4）参保单位不按时足额缴纳，从中断缴费次月起，依法暂停职工基本医疗保险待遇。中断缴费3个月（含3个月）以内，按规定足额补缴，连续享受职工基本医疗保险待遇，缴费年限连续计算；中断缴费3个月以上6个月以下，参保单位按规定足额补缴后，缴费年限连续计算，并按规定享受职工基本医疗保险待遇；参保单位中断缴费6个月及以上，不再办理补缴，之前缴费年限作为累计缴费年限计算，重新参保缴费从自缴费之月起第7个月开始享受基本医疗保险待遇。

4.灵活就业人员费用缴纳及管理

（1）职工基本医疗保险按全市上上年度全部单位职工平均工资的9.5%缴纳（含退休或到达法定退休年龄的参保人员）。

（2）灵活就业人员应由本人在每年3月底前一次性缴纳当年的职工基本医疗保险费。

（3）灵活就业人员不按时足额缴费，从中断缴费之时起，依法暂停职工基本医疗保险待遇。中断缴费3个月（含3个月）以内按规定足额补缴后，连续享受职工基本医疗保险待遇，连续计算缴费年限；中断缴费3个月以上6个月以下，可以办理补缴，按规定足额补缴后，从缴费之日起享受住院报销待遇及补划个人账户，缴费年限连续计算；中断缴费6个月及以上，不再办理补缴，之前缴费年限作为累计缴费年限计算，重新参保缴费，自缴费之月起的第7个月开始享受职工基本医疗保险待遇。

5. 根据社会经济发展和基金运行情况，市医疗保障局报请市政府同意后，可以适度调整缴费比例或最低缴费基数。

**三、医保关系衔接**

（一）参保人员因辞职、辞退、解聘或用人单位依法破产、转制等解除劳动合同关系，须在解除劳动关系后及时衔接医疗保险关系。

（二）职工基本医疗保险关系的衔接按以下办法进行：

1.中断3个月（含3个月）以内衔接并按规定足额补缴，连续享受职工基本医疗保险待遇；

2.中断3个月以上6个月以下衔接，可以办理补缴。按规定足额补缴后，缴费年限连续计算，并从缴费之日起享受住院报销待遇和补划个人账户。

3.中断6个月及以上未办理补缴手续，不再办理职工基本医疗保险关系的衔接，之前的缴费年限作为累计缴费年限计算。重新参保的，应按本规程第二条《灵活就业人员参保登记》办理（自缴费之月起的第7个月开始享受基本医疗保险待遇）。

**四、医保关系转移接续**

（一）职工基本医疗保险关系的转移接续严格按四川省人力资源和社会保障厅、四川省卫生厅、四川省财政厅《关于印发四川省流动就业人员基本医疗保障关系转移接续登记管理实施办法（暂行）的通知》（川人社发〔2010〕22号）和四川省人力资源和社会保障厅、四川省财政厅《关于鼓励灵活就业人员参加基本医疗保险有关问题的通知》（川人社办发〔2014〕199号）精神及相关程序执行。

（二）参保人员将医保关系转移接续至本市外，按规定办理关系转移手续，个人账户原则上随关系转移，并按新参保地办法管理。

（三）参保人员将医保关系从市外转入我市，按以下办法接续：

1.中断3个月（含3个月）以内办理接续关系，按规定足额补缴后，连续享受职工基本医疗保险待遇。

2.中断3个月以上6个月以下办理接续关系，按规定足额补缴后，从缴费之日起享受职工基本医疗保险待遇。

3.中断6个月及以上办理接续关系的不再办理基本医疗保险关系的接续。

4.接续后原参保地缴费年限与我市职工基本医疗保险实际缴费年限一并累计计算（不重复计算），作为累计缴费年限。

5. 2006年12月31日及以前的参保人员最低缴费年限按我市原统筹地区规定执行。2007年1月1日以后在我市连续缴费10年的参保人员（办理过关系转出后又转入）且累计缴费满20年并达到法定退休年龄的（包含在市外参保），可以办理职工医保清算退休。如有中断，补缴中断部分后可办理医保清算退休，补缴按照办理时的缴费标准执行。

（四）参保人员医保关系本市内转移接续，按以下办法接续：

1.本市内医保关系转移接续，医保经办机构以增减员方式进行。参保人员个人账户在年度结束后，由市本级和各县（区）医保经办机构进行个人账户资金总结算和资金划拨。

2.中断3个月（含3个月）以内办理接续关系，按规定足额补缴后，连续享受职工基本医疗保险待遇，缴费年限作为连续缴费年限计算。

3.中断3个月以上6个月以下办理接续关系，按规定足额补缴后，从缴费之日起享受职工基本医疗保险待遇，缴费年限作为连续缴费年限计算。

4.中断6个月及以上办理接续关系，不再办理补缴，缴费年限作为累计缴费年限计算。重新参保，应按本规程第二条《灵活就业人员参保登记》办理（自缴费之月起的第7个月开始享受基本医疗保险待遇）。

（五）达到法定退休年龄，不再办理基本医疗保险关系的转移。确因特殊原因未能及时办理的，可在法定退休年龄3个月内申请转移。

**五、个人账户管理**

（一）医保经办机构对参保单位和个人申报的职工基本医疗保险基础信息进行审核和记录，建立参保人员个人账户。

（二）参保单位和个人按时足额缴纳职工基本医疗保险费后，医保经办机构按照规定比例及时划拨参保人员个人账户资金。

1.机关事业单位通过税务平台足额缴纳保险费后，由医保信息系统在收到税务部门反馈的单位费款“入库时间”数据后前台实收上账，自动划拨参保人员个人账户资金。

2.企业单位足额缴纳保险费至医保经办机构后，由医保经办机构及时通过前台实收上账划拨参保人员个人账户资金。

3.灵活就业人员在缴纳当年职工医保费后，由医保经办机构即时通过人工实收上账划拨全年的其个人账户资金。

（三）对退休享受职工基本医疗保险待遇人员的个人账户，医保经办机构应在每月前5个工作日内及时划拨，不得采取一次性划拨多月做法。

**六、财务对账**

**（一）税务部门对账**

严格执行国家税务总局四川省税务局等部门转发《关于平稳有序做好社会保险费征管职责划转后征缴工作的通知》（川税发〔2019〕5号）规定，医保费由税务机关征收后，采取先缴入国库（含代理国库）再划转至社会保障基金财政社保专户方式。

税务部门征收医保费后，应按照个人权益记录项目通过信息共享平台向医保部门逐条实时反馈匹配一致的医疗保障费缴费工资基数申报、扣款信息和入库信息，按日汇总入库信息生成分险种征收汇总表，加盖国家税务总局四川省税务局电子缴款专用章，通过信息共享平台传给医保部门，据此核算医保基金收入。

在信息共享平台未建立完善前采取以下模式操作：月度和年度终了3个工作日内，各级税务部门向同级医保部门提供加盖公章的分险种征收日对账表和国家金库收入月报表复印件，医保部门在医保信息系统中对应模块按“税务入国库时间”核对相符后用作记账依据，核算收入；各县（区）医保局同时向市医保局报送分险种的收入上解表。

月度终了5个工作日内，市税务局向市医保局提供分险种的各县（区）国家金库收入月报表复印件，市医保局汇总后与市财政局对账并申请划拨资金。

**（二）医保部门对账**

每月25日作为扎账日，医保经办机构应做好收入台账，收到银行对账单后，在信息系统中对应模块进行核对，确保票款一致。对未能开票确收的资金做好台帐，及时清理，做到日清月结。

职工医保基金应按“财务科目分解记录明细”模块中分账金额核算收入。医保经办机构应督促软件公司尽快完善系统模块，确保数据与“五险统征月扎明细表”和“个体人员参保日结算单”中数据一致。

**七、票据开具**

税务部门办税服务厅应为缴费单位开具纸质税收缴款书、税收完税证明、社会保险费缴费证明；在电子税务局缴费的应开具税收完税证明、社会保险费缴费证明。

医保经办机构应为企业单位和灵活就业人员出具《社会保险费专用票据》。

第二章 待遇支付管理

**一、基本医疗服务管理**

（一）参保患者可持社会保障卡到市内所有基本医疗保险定点医药机构和市外直接结算联网医药机构刷卡就医、购药。

（二）职工基本医疗保险实行“首诊负责制”。首诊医院诊治医生开具“入院证”或“转诊单”，凭“入院证”、身份证或社会保障卡办理入院手续。因社会保障卡损坏或遗失、网络异常等原因造成无法刷卡的，需到各级人社局信息中心处理，并在入院后2个工作日内补刷。

（三）诊治医院应于入院后2个工作日内将参保患者就诊信息上传到所属医保经办机构，并实时上传诊疗明细。

参保患者重复住院按照眉山市医疗保障定点医疗机构服务协议相关规定执行。

（四）职工基本医疗保险实行“双向转诊制度”。

1.市内转诊转院。如病情需要在市内转诊转院时，不再向医保经办机构申请备案，但应坚持“基层首诊，逐级转诊”原则。由下级医疗机构向就近上级医疗机构逐级转诊转院，病情相对稳定后，可转到下级医疗机构继续治疗。

2.市外转诊转院。如病情需要转市外治疗，应按照《眉山市职工医疗保险与生育保险管理办法》（眉府办发〔2020〕3号）、眉山市医疗保险异地就医管理规定，办理转诊转院手续，逐级转诊，转入医院须是“四川省医疗保险异地就医直接结算”联网医院。医保经办机构对符合转诊转院规定的参保患者予以登记，录入转诊转院资料。转省外治疗的应提供我市指定或省医保规定医院出具的转诊转院证明。

（五）参保人员因公出差、探亲或旅游等期间突发疾病，在已开通异地就医直接结算定点医院诊疗，按照眉山市医疗保险异地就医管理规定执行；在未开通异地就医直接结算医院诊疗的，在次年2月28日前将有关材料交到参保地医保经办机构审核，经确认后，按照《眉山市职工医疗保险与生育保险管理办法》（眉府办发〔2020〕3号）相关规定执行。

（六）外伤入院参照眉山市医疗保险参保人员外伤住院经办流程相关规定执行。

（七）凡符合《四川省医疗保险异地就医管理办法》（川医保发〔2019〕16号）规定的异地就医条件人员，应到就医地已开展异地就医直接结算业务的定点机构就医购药，具体按照眉山市医疗保险异地就医管理规定相关规定执行。

（八）对群体性突发性疾病、自然灾害等因素造成急危、重症病人救治所发生的医疗费用，各县（区）医保经办机构应及时向市医保局报告，市医保局统一采取积极有效措施进行妥善处理。

（九）门诊特殊疾病由个人、单位或治疗机构向医保经办机构申报，同时提供以下资料：

1.眉山市基本医疗保险门诊特殊疾病申请表；

2.身份证或社会保障卡复印件；

3.住院病历、出院证明（小结）或1年内的门诊证明；

4.符合申报病种标准的检验、检查报告单。如糖尿病须符合：不同时间两次以上符合糖尿病诊断标准的静脉血糖检验报告单（空腹及餐后2小时/OGTT2小时）。

（十）医保经办机构对通过审核的门诊特殊疾病人员，录入门诊特殊疾病信息库，建立门诊特殊疾病档案库，按照眉山市基本医疗保险门诊特殊疾病管理规定的相关规定执行。

（十一）市内就医档案按照档案资料生成实行属地管理原则，在就医地产生的档案由就医地医保经办机构按照《社会保险业务档案管理办法》规范存档，并为参保地医保经办机构提供利用服务。

**二、基本医疗费用结算**

（一）职工基本医疗保险实行“三个目录”管理，使用全省统一编制的新编码。全市所有定点医疗机构、定点零售药店统一执行《四川省基本医疗保险、工作保险和生育保险药品目录》《四川省基本医疗保险诊疗项目目录》和《四川省基本医疗保险医疗服务设施范围和支付标准》。

（二）在职工基本医疗保险定点医疗机构发生的医疗费用实行直接结算，下列情况发生的费用可到医保经办机构进行零星报销。

1.急救、抢救等原因在非定点医院住院的医疗费；

2.经医保经办机构同意转市外治疗、异地居住或安置产生的住院医疗费用，因系统故障等因素未能直接结算的，或在出差、探亲、旅游等期间突发疾病在就诊地未开通异地联网直接结算医院产生的住院费用。

以上医疗费用，在次年2月28日前到医保经办机构办理审核手续，并提交以下资料。医保经办机构接到参保患者报销资料后，15个工作日内审核完毕，并将统筹基金支付金额转入参保患者银行账号内。

提供资料如下：

（1）本人身份证复印件1份、本人银行账户复印件1份，并载明银行开户行网点名称；委托他人办理须提供参保患者和代办人的身份证原件及复印件。

（2）盖有就诊医院印章的财政（或税务部门）制作或监制的收费专用票据原件、出院证明、费用汇总清单；

（3）已参加补充医疗保险的还需复印发票、出院证明、身份证、本人银行账号一套；

（4）外伤住院费用须填写外伤调查表和复印住院病例全套并加盖就诊医院病例复印专用章。

（三）参保患者持社会保障卡在定点医疗机构就医及定点零售药店购药，其费用由社会保障卡刷卡支付，社会保障卡余额不足的，由参保患者自行支付。

（四）门诊特殊疾病需要凭社会保障卡到定点医院、零售药店按规定刷卡支付，参保患者只支付应由个人支付的费用，属统筹基金支付的费用，由定点服务机构与医保经办机构结算。

（五）实行各种险种一单制直接结算，参保患者住院只需先缴纳一定数额押金，出院结账在医院直接结算，个人只支付应由个人支付的费用，属统筹基金支付的费用，由定点医疗机构与医保经办机构结算。

（六）职工基本医疗保险定点服务机构实行属地管理原则结算，由市、县（区）医保经办机构按相关规定予以结算。

1.各县（区）负责其辖区内所有定点医疗机构、定点零售药店的结算，市本级与东坡区对眉山中心城区实行分片负责制。市本级医院由市本级负责结算，其余定点医疗机构、定点零售药店由东坡区负责结算。

2.定点医疗机构于每月10日前从与医保经办机构联网的医保客户端读取上月发生的费用，打印《眉山市职工医疗保险费用申报拨付明细表》、《眉山市职工医疗保险费用申报拨付审批表》各一份，同时提供眉山市职工医疗保险支付申报结算表（须由参保患者或家属签字）、参保患者身份证复印件、医院电脑打印的财政（或税务部门）制作或监制的住院收费专用票据原件（加盖医院章）、出院证明（加盖医院章）交医保经办机构审核；外伤需附外伤调查表和入院记录。

3.定点零售药店每月或每季度初10日前从与医保经办机构联网的医保客户端读取上月或上季度所发生费用，打印《眉山市职工基本医疗门诊结算汇总表》一份，交医保经办机构待遇审核部门审核。

**三、生育保险待遇支付管理**

**（一）待遇申报**

1.申报期限

生育保险在我市连续缴费满12个月及以上的参保人员，享受生育保险待遇应当在产后或术后3个月内向医保经办机构申报生育保险待遇；因工作调动转移至我市、新入职参保、公务员（参公人员）新纳入生育保险参保范围等特殊原因未连续缴满12 个月的参保人员，应在我市连续缴满12个月后的3个月内向医保经办机构申请生育保险待遇，逾期未申报的，作为自动放弃。

2.申报材料

（1）《眉山市职工生育保险待遇申请表》经相关人员填写后加盖参保人员所在单位行政公章；

（2）身份证和结婚证复印件；

（3）计划生育管理部门出具的生育服务证明；

（4）盖有就诊医院印章的财政（或税务部门）制作或监制的收费专用票据原件、出院证明（门诊则提供“门诊病情诊断书”）、剖宫产手术记录（顺产无需提供）、费用明细等相关材料。

**（二）申报受理**

参保地医保经办机构在收到申报材料后应及时核查相关资料是否完整准确，并根据《眉山市职工医疗保险与生育保险管理办法》（眉府办发〔2020〕3号）的相关规定，使用医疗生育信息系统完成对相关费用的审核、审批，生成《眉山市职工生育待遇审批表》（一式两份），医保经办人员核对后将待遇汇总表交至医保经办机构财务部门。

**（三）待遇支付**

医保经办机构财务部门根据待遇汇总表注明的金额和账户信息，转账支付给参保单位，参保单位在到帐后应及时到医保经办机构领取签字盖章后的《眉山市职工生育待遇审批表》一份，根据审批表中的待遇明细按规定向参保职工办理清算。

**（四）灵活就业人员相关待遇**

职工医保灵活就业人员的生育医疗费用，异位妊娠、生育及计划生育手术相关并发症的住院医疗费用按照职工基本医疗保险相关政策执行。

第三章 定点医药机构管理

一、定点医疗机构是指与医保经办机构签订服务协议，为基本医疗保险参保人提供医疗服务的医疗机构。定点零售药店是指与医保经办机构签订服务协议，为基本医疗保险参保人提供处方外配和非处方药等零售服务的药店。

二、医保经办机构通过与定点医疗机构、零售药店签订服务协议，实行协议动态管理。服务协议应明确双方的权利、义务和责任，主要内容应包括：服务内容、就医管理、药品和诊疗项目管理、费用结算、信息管理、违约责任、协议的解除或终止条件等。服务协议有效期一般为1年。

《眉山市医疗保障定点医疗机构服务协议》和《眉山市医疗保障定点零售药店服务协议》由市医疗保障局统一制定，每年公布一次。

三、受理医疗机构、零售药店申请定点流程包括公布条件、受理申请、考察评估、协商谈判、结果公示、签署协议等主要环节。

四、依法经主管部门批准取得执业资格的医疗机构可向当地医保经办机构书面提出签订服务协议申请，并提供以下材料：

（一）《眉山市医疗保障定点医疗机构服务协议申请表》（附件1）一式两份。

（二）医疗机构概况和可承担医疗保障能力介绍的书面材料，提供科室设置、法定代表人（负责人）身份证、医务人员有关资格证件（身份证、学历证、医师执业证书、护士执业证书、执业药师资格证书等）、职工花名册及依法参加社会保险的证明材料。

（三）《医疗机构执业许可证》、《营业执照》（《事业单位法人证书》、《民办非企业单位登记证书》）、单位银行账户信息等材料及复印件。

（四）与医保政策对应的内部管理制度和财务制度、医院等级评审文件及相关证明材料。

（五）上年度业务收支情况和门诊、住院诊疗服务量（包括：门诊人次、均次医疗费、住院人次、平均住院日、均次住院费用、均次床日费用）。（新开办医疗机构申请时可不提供）

（六）与医保有关的信息系统相关材料。

（七）纳入定点后对医保基金影响的预测性分析报告。

五、依法经主管部门批准取得经营资格的零售药店，可向当地医保经办机构书面提出签订服务协议申请，并提供以下材料：

（一）《眉山市医疗保障定点零售药店服务协议申请表》（附件2）一式两份。

（二）《药品经营许可证》、《营业执照》、《药品经营质量管理规范》(GSP)认证证书及复印件。

（三）法定代表人或主要负责人的身份证及复印件，职工花名册及依法参加社会保险的证明材料。

（四）药品监管、价格主管部门监督检查合格的证明材料（新开办零售药店申请时可不提供）。

（五）药师以上药学技术人员的职称、执业证件及复印件，从业人员资格证书及复印件。

（六）劳动合同复印件。

（七）与医保有关的信息系统相关材料。

（八）纳入定点后对医保基金影响的预测性分析报告。

连锁经营的零售药店，由各零售药店独立申请签订服务协议。

六、正式运营3个月以上的医疗机构、零售药店，可随时提出定点申请，医保经办机构应即时受理。对申请材料不足的，医保经办机构自收到材料之日起5个工作日内一次性告知医疗机构、零售药店补充。

七、医保经办机构应对医疗机构、零售药店所申报的材料和信息进行现场考察核实，对医疗机构、零售药店的内部管理、信息化建设、医疗服务能力等情况是否符合医疗保障管理要求进行检查，并组织相关单位或专家开展评估，评估的内容主要为医疗机构、零售药店申报医保服务内容与医疗机构、零售药店服务能力是否匹配(附件3、附件4)。评估结果分为合格和不合格。评估结果仅供医保经办机构当次签订协议使用。对于评估不合格的应告知其理由，并限期整改，自结果告知日起，整改3个月后可再次提交申请。

八、医保经办机构与评估合格的医疗机构、零售药店协商谈判，达成一致的，双方自愿签订服务协议。

九、协议期满，医保经办机构年终应对定点医疗机构和定点零售药店履行服务协议情况进行综合考核评估，与考核合格的定点医疗机构、零售药店就续签事宜进行协商，并对协议内容进行必要的谈判。双方协商一致后可续签协议。每年5月底前完成续签工作。

十、医保经办机构应向社会公示签订服务协议的医疗机构名单。公示结束，医保经办机构应将《眉山市医疗保障定点医疗机构备案表》（附件5）和《眉山市医疗保障定点零售药店备案表》（附件6）报市医疗保障局备案，与定点医药机构签订的服务协议应报同级医疗保障行政部门备案。市医疗保障局应在收到县（区）医保经办机构定点医疗机构、零售药店备案表后及时开通医保信息系统。

十一、医保经办机构应向社会公布签订服务协议的定点医药机构信息。

十二、因医疗机构、零售药店原因，未能在约定日期内签订定点服务协议的，视作自动放弃，医保经办机构1年内不再受理其申请。

十三、定点医疗机构、定点零售药店应在本单位显著位置悬挂“眉山市医疗保障定点医疗机构”或“眉山市医疗保障定点零售药店”标牌，标牌须妥善保留，不得转让或损坏。

十四、医保经办机构应对定点医疗机构、定点零售药店的信息进行管理，定期开展定点医疗机构、定点零售药店基本信息的审核。如定点医疗机构、定点零售药店发生地址、法定代表人、级别、合并重组等重要信息变更的，应依据相关规定和协议条款进行管理，必要时应先暂停协议并组织重新评估，根据评估结果决定是否继续履行协议。

十五、医保经办机构应督促定点医疗机构、定点零售药店共同遵守协议条款，加强自身内部管理，为参保人员提供优质的医疗保障服务；并根据协议约定，加强对定点医疗机构、定点零售药店的宣传、教育、培训，随时接受咨询。

十六、医保经办机构可通过举报投诉、日常检查、监控分析等多种渠道获取检查线索来源，采取电话询问、实地检查、网络监控和专项检查等方式，对定点医疗机构、定点零售药店的协议履行情况进行检查。

十七、医保经办机构可根据定点医疗机构、零售药店违约情况，按照服务协议约定条款进行处理，处理情况按月汇总上报，重大违规案件应立即上报市、县（区）医疗保障局。

十八、定点医药机构自愿中止协议、终止协议或不再续签协议的，应提前1个月向医保经办机构书面提出申请。

十九、对因被吊销《医疗机构执业许可证》、《药品经营许可证》、《营业执照》，或因违反相关法律法规被有关部门处罚，应终止/解除服务协议的定点医疗机构、定点零售药店，或因严重违规被医保经办机构暂停或终止协议的定点医疗机构、定点零售药店，医保经办机构应书面通知对方，并及时函告市医疗保障局停止其信息系统联网结算。暂停期满，医保经办机构应对其整改情况进行检查，验收通过后可恢复协议。

二十、医保经办机构应向社会公布定点医药机构被暂停或终止服务协议的相关信息，并与定点医疗机构、定点零售药店共同做好善后工作，保障参保人员的医疗待遇，妥善处理在院病人。对于终止协议的医疗机构、零售药店，医保经办机构监督其收回定点标牌。

二十一、被终止/解除协议未满3年，或已满3年但受医保部门经济处罚未缴清的，以及原定点医药机构因法定代表人、主要负责人和实际控制人严重违法违规导致终止协议，未满5年又成立新医药机构的，其定点申请不予受理。

二十二、对违反法律法规的，在追究违约责任的同时，应提请医疗保障行政部门按规定做出行政处理，或移送卫生健康、市场监管、公安等相关部门处理。

第四章 其他事项

本规程由眉山市医疗保障局、国家税务总局眉山市税务局按照各自职责负责解释。本规程自印发之日起施行，有效期3年。《眉山市职工基本医疗保险业务经办规程》（眉人社办发〔2014〕53号）同时废止。

附件：1.眉山市医疗保障定点医疗机构服务协议申请表

2.眉山市医疗保障定点零售药店服务协议申请表

3.眉山市医疗保障定点医疗机构检查评估表

4.眉山市医疗保障定点零售药店检查评估表

5.眉山市医疗保障定点医疗机构备案表

6.眉山市医疗保障定点零售药店备案表

附件1

眉山市医疗保障

定点医疗机构服务协议申请表

申请单位

申请时间

眉山市医疗保障局印制

**填 写 说 明**

一、该表用黑色字迹的签字笔或钢笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、“医院等级”一栏由医院填写，其他类别的医疗机构不填写。

三、“申请内容”一栏由医疗机构选择填写申请意向。

四、医疗机构向统筹地区医保经办机构提交申请书时，要附以下材料：

（一）《眉山市医疗保障定点医疗机构服务协议申请表》一式两份。

（二）医疗机构概况和可承担医疗保险能力介绍的书面材料，提供法定代表人（负责人）身份证、工作人员有关资格证件（身份证、学历证、执业医师证书、护士证、药师证等）、职工花名册及依法参加社会保险的证明材料。

（三）《医疗机构执业许可证》、《营业执照》、组织机构代码证、单位银行账户信息等材料及复印件。

（四）医院等级评审文件及相关证明材料

（五）上年度业务收支情况和门诊、住院诊疗服务量（包括：门诊人次、均次医疗费、住院人次、平均住院日、均次住院费用、均次床日费用）。（新开办医疗机构申请时可不提供）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 统一社会  信用代码 | |  | | 法人代表 | | |  | | | | 联系电话 | | | |  | |
| 所有制形式 | |  | | | | | 机构类别 | | | |  | | | | | |
| 医院等级 | |  | | | | | 邮政编码 | | | |  | | | | | |
| 单位地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系人 | | |  | | | | | 联系电话 | | | | |  | | | |
| 执业许可证号 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 单位开户银行及账号 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 卫生技术人员构成 |  | | 总人数 | | | 高级职称 | | | | 中级职称 | | | | 初级职称 | | |
| 注册 | | 在岗 | 注册 | | | 在岗 | 注册 | | 在岗 | | 注册 | | 在岗 |
| 医 生 | |  | |  |  | | |  |  | |  | |  | |  |
| 护 士 | |  | |  |  | | |  |  | |  | |  | |  |
| 医技人员 | |  | |  |  | | |  |  | |  | |  | |  |
| 其他人员 | |  | |  |  | | |  |  | |  | |  | |  |
| 合 计 | |  | |  |  | | |  |  | |  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室设置及服务能力情况 | 科 室 | | 床位数 | | 医生人数 | | 护士人数 | |
| 登记 | 开展 | 编制数 | 实际开放数 | 注册 | 在岗 | 注册 | 在岗 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申  请  服 务  内  容 | 一、基本医疗保险业务。  □普通门诊医疗服务  □城乡居民门诊统筹医疗服务  □Ⅰ类门诊特殊疾病医疗服务  □Ⅱ类门诊特殊疾病医疗服务  □住院医疗服务  □日间手术  □家庭医生签约服务  □疾病应急救助  □异地就医  二、生育保险业务  □生育保险医疗服务  （申请单位印章）  法人代表签字 年 月 日 | | | | | | | |

附件2

眉山市医疗保障

定点零售药店服务协议申请表

申请单位

申请时间

眉山市医疗保障局印制

**填 写 说 明**

一、该表用黑色字迹的签字笔或钢笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、“申请内容”一栏由零售药店选择申请意向。

三、零售药店向统筹地区医保经办机构提交申请时，要附以下材料：

（一）《眉山市医疗保障定点零售药店服务协议申请表》一式两份。

（二）《药品经营许可证》、《营业执照》、《药品经营质量管理规范》(GSP)认证证书及复印件。

（三）法定代表人或主要负责人的身份证及复印件，职工花名册及依法参加社会保险的证明材料。

（四）药品监管、价格主管部门监督检查合格的证明材料（新开办零售药店申请时可不提供）。

（五）药师以上药学技术人员的职称、执业证件及复印件，从业员资格证书及复印件。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 | |  | | 统一社会  信用代码 |  |
| 法人代表 | |  | | 联系电话 |  |
| 所有制形式 | |  | | 店堂面积 |  |
| 单位地址 | |  | | 邮政编码 |  |
| 药品经营许可证号 | | |  | | |
| 单位开户银行及账号 | | |  | | |
| 人  员  构  成 | 医师人数 | |  | | |
| 药师人数 | |  | | |
| 营业员人数 | |  | | |
| 其他人员数 | |  | | |
| 合 计 | |  | | |
| 申请服务  内容 | □职工医保门诊购药服务  □职工医保门诊特殊疾病购药服务  □异地就医  （申请单位印章）法人代表签字： 年 月 日 | | | | |

附件3

眉山市医疗保障定点医疗机构检查评估表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称： | | | |
| 项目 | | 检查内容 | 备注 |
| 现场检查 | | □1、按定点医药机构经办规程要求提供的申报资料与实际是否吻合。 □2、是否有健全的内部管理制度、财务管理制度、进销存管理制度。 □3、是否有医院HIS系统，信息系统是否满足医保经办机构管理需要，具备及时上传参保人员就医信息的条件。  □4、是否存在因严重违约行为，被终止医保服务协议未满三年的。 |  |
| 检查人员签名： |
| **申 请 服 务 内 容 评 估** | **门诊** | □是否配备与医疗机构执业证书登记门诊业务相应的医务人员。 |  |
| **住院** | □1、是否具备开展相应住院业务的基本条件（参照医疗机构设置基本条件）  □2、是否配有专门负责医保业务的专（兼）职工作人员，（二级以上需设专门科室）。  □3、医保政策、就医流程是否上墙公示，是否设置医保政策咨询台、投诉箱等。  □4、是否建立完善的药品（医用材料）进销存管理系统。 |  |
| **I类门诊特殊疾病** | □1、是否具备开展I类门诊特殊疾病业务对应的科室、医护人员、设施设备及场地。  □2、是否建立完善的药品（医用材料）进销存管理系统。 |  |
| **II类门诊特殊疾病** | □1、是否具备开展II类门诊特殊疾病业务对应的二级专业科室、医护人员、设施设备及场地。  □2、是否建立完善的药品（医用材料）进销存管理系统。 |  |
| **异地就医** | □是否具备开通异地就医条件。 |  |
| **生育保险** | □是否具备收治产科病人的医疗服务条件。 |  |
| 医保经办机构评估意见 | | 经现场查看及综合评估，该医疗机构符合签订医保服务协议要求，同意开通以下医保业务： □ 普通门诊医疗服务 □城乡居民门诊统筹医疗服务 □住院医疗服务 □I类门诊特殊疾病医疗服务 □II类门诊特殊疾病医疗服务 □日间手术  □家庭医生签约服务 □疾病应急救助 □异地就医  □生育保险医疗服务  评估人员签名： | |
| 医保经办机构签章： 年 月 日 | |
| 备注：现场检查内容为定点医疗机构申请签订服务协议的必要条件，其中任意一条不符合将暂停本次医疗机构评估签约 | | | |

附件4

眉山市医疗保障定点零售药店检查评估表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 零售药店名称： | | | |
| 项目 | | 检查内容 | 备注 |
| 现场检查 | | □1、按定点医药机构经办规程要求提供的申报资料与实际是否吻合。 □2、是否有健全的进销存管理制度。 □3、信息系统是否能满足医保经办机构管理需要。 □4、是否存在因严重违约行为，被终止医保服务协议未满三年的。 |  |
| 检查人员签名： |
| **申 请 服 务 内 容 评 估** | **职工医保门诊购药服务** | □是否具备开展职工医保门诊购药业务的药师、营业员。 |  |
| **职工医保I类门诊特殊疾病购药服务** | □1、是否具备开展门诊特殊疾病业务所需的医师、驻店药师及营业员。 □2、是否配有专（兼）医保管理人员。 □3、是否建立完善的药品（医用材料）进销存管理系统。 □4、经营药品是否达2000种以上（不含中草药），I类门诊特殊疾病药品备药率是否达80%以上。 |  |
| **异地就医** | □是否具备开通异地就医条件。 |  |
| 医保经办机构评估意见 | | 经现场查看及综合评估，该零售药店符合签订医保服务协议要求，同意开通以下医保业务： □1、职工医保门诊购药服务 □2、职工医保I类门诊特殊疾病购药服务  □3、异地就医 | |
| 评估人员签字： |  |
| 医保经办机构签章： 年 月 日 | |
| 备注：现场检查内容为定点零售药店申请签订服务协议的必要条件，其中任意一条不符合将取消本次零售药店评估签约。 | | | |

附件5

眉山市医疗保障定点医疗机构备案表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 填报单位：（盖章） 填报日期： | | | | | | | | | | |
| 序号 | 医疗机构名称 | 地址 | 等级 | 床位数 | 服务内容 | 所有制类型 | 性质 | 类别 | 负责人 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填表说明： 1.服务内容是指医疗机构开展的医保业务。  2.所有制类型是指公立、民营。 3.性质是指营利性、非营利性。  4.类别是指医疗机构类别，例如综合医院、中医医院、专科医院等。 | | | | | | | | | |  |

附件6

眉山市医疗保障定点零售药店备案表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 填报单位：（盖章） 填报日期： | | | | | |
| 序号 | 药店名称 | 地址 | 服务内容 | 负责人 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 填表说明：服务内容是指零售药店开展的医保业务。 | | | | | |