

江门市人力资源和社会保障局
江门市财政局
江门市卫生和计划生育局
文件

江人社发〔2018〕465号

江门市人力资源和社会保障局 江门市财政局
江门市卫生和计划生育局关于加强我市基本
医疗保险基金使用管理工作的意见

各市（区）人民政府，市社保局：

根据《广东省社会保险基金监督条例》、《转发人社部关于进一步加强基本医疗保险医疗服务监管的意见》（粤人社函〔2014〕2398号）、《广东省人力资源和社会保障厅 广东省公安厅 广东省财政厅 广东省卫生和计划生育委员会 广东省食品药品监督管理局关于进一步加强基本医疗保险基金安全监管工作的意见》

（粤人社规〔2018〕1号）和《江门市人民政府办公室关于印发江门市基本医疗保险管理办法的通知》（江府办〔2017〕47号）等文件规定，为进一步完善我市基本医疗保险基金管理制度，经市人民政府同意，现就基本医疗保险基金使用管理工作提出如下意见：

一、建立基本医疗保险部门联动管理机制

（一）建立基本医疗保险基金安全监管部门间联席会议制度。建立基本医疗保险基金安全监管部门间联席会议制度（以下简称基金监管部门联席会议），由市人力资源社会保障局主要领导为召集人，市人力资源社会保障、发展改革、公安、财政、社保、卫生计生、审计、食品药品监管等部门分管领导为成员，部门联动，进一步加强基本医疗保险基金管理，确保基本医疗保险基金安全有效运行。联席会议日常工作由市人力资源社会保障局承担。各成员单位在各自职责范围内，共同做好医疗保险监督管理工作。各市（区）要建立相应的基金监管部门联席会议，负责本地区医疗保险监督管理工作。

（二）健全部门联动管理机制。

1.建立例会制度。基金监管部门联席会议定期不定期召开例会，通报基金管理工作。定期例会每半年召开一次。不定期例会根据实际需要可每季度或每月适时召开。例会专题研究基本医疗保险基金管理突出问题，提出管理措施和问题解决意见。市社保

局应每季度向市人力资源社会保障局报送基金运行情况和监管中发现的突出问题，发现重大违法违规情形时，要及时报送。市人力资源社会保障局根据各部门对基金运行状况及监管中发现的突出重大问题，形成情况通报，在例会中通报研究。

2.建立通报核查制度。每次例会后，由基金监管部门联席会议发出通报，明确核查事项，核查部门，核查时限，及时查处违法违规违法行为。

二、建立健全基本医疗服务监管制度

（一）健全定点医疗机构管理制度。

1.实时上传诊疗用药原始数据。定点医疗机构应通过基本医疗保险信息系统实时上传参保人诊疗和用药原始数据（包括规格、剂型等）。

2.建立医疗服务监管指标统计制度。将定点医疗机构住院人次、人次均住院费用和增长率、平均住院床日、医疗总费用和增长率、药品、医用耗材和检查总费用、增长率及占医疗费用比例等指标，纳入定点医疗机构监管统计指标。将参保人就医频次，购药数量和金额等指标，纳入参保人监管统计指标。进一步完善基本医疗保险信息管理系统，利用智能监管系统对医疗服务监管指标统计数据实行实时动态管理，为各级人力资源社会保障局（社会事务局，下同）和定点医疗机构提供分析决策依据，并与定点医疗机构费用结算挂钩，推动定点医疗机构规范管理，参保

人合理有序就医。

（二）加强医疗保险日常管理。

1.建立分级监控警戒线。对定点医疗机构住院人次增长率、病种总分值超过监控警戒线（以职工身份参保人和城乡身份参保人住院人次增长率分别为 10%、医保病种总分值增长 10%作为监控警戒线。今后监控警戒线可根据基本医疗保险管理实际情况需要，结合监控警戒线变化状况，经基金监管部门联席会议讨论确定后进行调整）时，社会保险经办机构要将其纳入重点监测管理对象，适时组织开展专项检查。对参保人员就医频次每日 3 次及以上或个人门诊（含特定病种门诊）连续两日使用同种药品数量畸高累计金额超过 2000 元的，社会保险经办机构要将其纳入重点监控对象，跟踪分析其就医行为。

2.加强结算管理。对定点医疗机构发生冒名顶替、虚假病历、挂名住院、分解住院、叠床住院、轻病住院、挂床住院、诊断升级、高套分值及降低服务质量等违规行为的，社会保险经办机构可按协议规定，视其情节轻重，采取拒付违规费用、暂停结算限期整改、终止协议等措施，加强对定点医疗机构结算管理。

三、规范基本医疗保险家庭病床和老年病区管理

（一）家庭病床建床。

1.建床时，责任医师或管床护士详细告知参保人（或家属）建床手续、服务内容、参保人及家属责任、查床及诊疗基本方案、

收费和可能发生意外情况等事项，发给家庭病床建床告知书，指导参保人（或家属）按规定办理建床手续，并签订家庭病床服务协议书。

2.责任医师或管床护士对参保人访视时，应详细询问建床参保人病情，进行必要的检查、诊断，合理制订治疗计划，并按规定做好病历记录。

3.申请建立家庭病床的参保人应具有良好的监护条件，即在建床期间至少指定一名监护人或委托监护人，并保持随时通讯联系。参保人居住房间应安静明亮、通风良好，并保持环境和个人清洁卫生。

（二）家庭病床服务项目。

1.居民健康档案的建立、补充、完善和更新。

2.利用社区适宜技术进行医学健康照顾，包括全科医疗、社区护理以及中医中药服务。条件允许并在严格采取了安全防范措施的前提下，可开展肌肉注射、静脉注射、静脉输液、皮下注射、换药、褥疮护理、导尿、吸氧、康复指导、护理指导、针灸、推拿等。

3.检查项目有血常规、尿常规、粪常规三大常规检查、心电图、测血糖、抽血化验等。

4.建立责任医师和管床护士家庭病床巡查制度。

5.居民健康管理，包括：重点人群专案管理及随访、周期性

体检、心理健康指导、营养膳食指导、疾病预防指导和健康保健知识指导等。

6.除上述外，其他在家庭中医疗安全能得到保障、治疗效果较确切、消毒隔离能达到要求、医疗器械能拿到家庭使用、非创伤性、不容易失血和不容易引起严重过敏的项目。

(三) 家庭病床治疗护理。

1.责任医师和管床护士应根据病情制定查床计划，建立医护联合工作机制，一般每周巡诊 1-2 次。参保人病情需要或出现病情变化可增加巡诊次数。必要时请上级医师、护士查床。

2.定期巡诊时应作必要的体检和适宜的辅助检查，提出诊断、治疗和护理意见，向参保人或家属交待注意事项，进行健康指导。

3.对新建床参保人，上级医师、护士应在 3 天内完成巡诊，并在病情变化或诊疗方案改变时及时巡诊。上级医师应对诊断、治疗方案和医疗文书书写质量提出指导意见。

4.管床护士根据医嘱执行相应治疗计划。管床护士执行医嘱时，应严格遵守各项护理常规和操作规范，严格执行查对制度，严格遵循无菌操作原则，避免交叉感染和差错发生。

5.管床护士应指导家属进行相关生活护理和心理护理。

(四) 完善基本医疗保险家庭病床和老年病区管理。

1.完善家庭病床定点协议管理。开展家庭病床服务的社区卫

生服务中心或乡镇卫生院，应取得《医疗机构执业许可证》，符合城市社区卫生服务中心或乡镇卫生院基本标准。愿意为参保人提供家庭病床服务的医疗机构应向属地社会保险经办机构提出开设家庭病床申请，并提交该医疗构建、撤床制度、查床制度、会诊制度、病历讨论制度、病历书写制度、护理制度、统计及病历保管制度和差错事故登记制度等资料，经属地社会保险经办机构现场验收、公示、协商谈判后签订服务协议，并报江门市社会保险基金管理局备案、公布。

2.完善家庭病床和老年病区配置及报备。对经社会保险经办机构确定的家庭病床，家庭病床定点医疗机构应按规定配置，并实施“一医一护”专职管理，有条件的可增加责任护士的数目，家庭病床责任医师、管床护士名单及变动情况应及时向属地社会保险经办机构报备。对经社会保险经办机构确定予以纳入的老年病区病床，定点医疗机构应按规定配置，并实施“一医二护”专职管理。老年病区责任医师、管床护士名单及变动情况应及时报社会保险经办机构备案。

3.加强基本医疗保险家庭病床和老年病区结算管理。

(1) 家庭病床方面。

家庭病床定点医疗机构为参保人办理家庭病床建床手续时，应对参保人进行生活能力评定，并填写《江门市基本医疗保险家庭病床日常生活能力评定量表》(详见附件 1)。每家家庭病床定

点医疗机构纳入基本医疗保险特定人群疾病住院治疗费用周期性结算的床位数，按“一医一护”管理家庭病床数量不得超过 15 张。

家庭病床治疗终结，家庭病床定点医疗机构和参保人应当撤去家庭病床。家庭病床治疗终结，参保人本人不服从撤去家庭病床，经医疗机构鉴定，确认治疗终结成立的，其所发生医疗费用从终结之日起由参保人个人自理；不成立的，其所发生医疗费用按我市基本医疗保险规定结算。家庭病床定点医疗机构未及时为符合撤床条件的参保人办理撤床的，经江门市基本医疗保险大病保险承保商业保险机构派驻在定点医疗机构的驻院医保代表（以下简称驻院医保代表）探访发现后，报属地社会保险经办机构，从发现之日起发生的医疗费用，医疗保险基金不予支付；若家庭病床定点医疗机构有异议的，可提交医疗专家组进行会审（医疗专家组由属地社会保险经办机构负责组织 3 个或 5 个医疗专家组成，聘请医疗专家的费用可按规定在聘请医学专家费用中列支或纳入政府购买服务中，下同）。会审确认家庭病床定点医疗机构未及时为符合撤床条件的参保人办理撤床的，从发现之日起发生的医疗费用，医疗保险基金不予支付；会审确认属于及时办理撤床的，期间发生的医疗费用，医疗保险基金按规定予以支付。建床撤床一经社会保险经办机构审核后，以后若有变动需实时报社会保险经办机构备案，否则基金不予结算。

（2）老年病区方面。

定点医疗机构老年病区应为符合结算条件的参保人填写《江门市基本医疗保险老年病区日常生活能力评定量表》(详见附件2)并提出评价意见，报属地社会保险经办机构审批。经社会保险经办机构同意后，方可将其医疗费用纳入基本医疗保险特定人群疾病住院治疗费用周期性结算。

定点医疗机构老年病区纳入基本医疗保险特定人群疾病住院治疗费用周期性结算的床位数，按“一医二护”管理老年病区病床数量不得超过12张，超过部分纳入普通住院按病种分值付费进行结算。定点医疗机构未按上述要求配置纳入老年病区结算方式的床位或未报属地社会保险经办机构备案的老年病区床位，纳入普通住院按病种分值付费进行结算。年度内，定点医疗机构可为入住老年病区的同一参保人纳入基本医疗保险特定人群疾病住院治疗费用周期性结算2次。需增加次数的，由属地社会保险经办机构聘请医疗专家组会审后方可增加结算次数。未经批准的医疗费用，纳入普通住院按病种分值付费进行结算。

老年病区不得与老年托管中心、普通病区等混合管理。混合管理的老年病区，不纳入基本医疗保险特定人群疾病住院治疗费用周期性结算。驻院医保代表探访发现定点医疗机构未及时为符合停止老年病区结算方式条件的参保人办理出院手续的，经社会

保险经办机构组织医疗专家核实，从发现之日起发生的医疗费用，基本医疗保险基金不予支付。

4.强化基本医疗保险家庭病床和老年病区经办管理。社会保险经办机构应加强辖区家庭病床定点医疗机构家庭病床和老年病区服务的监管，负责基本医疗保险家庭病床和老年病区的统筹管理、质量监控、服务信息收集反馈等工作；制定基本医疗保险家庭病床和老年病区经办规程，建立家庭病床和老年病区质量监控评估机制，对家庭病床和老年病区服务质量、服务对象的满意度等定期评估；建立家庭病床和老年病区服务信息管理制度，对建床、撤床情况进行登记和统计。加强基本医疗保险家庭病床和老年病区宣传，建立相应投诉受理机制，根据参保人投诉举报等情况，加强对医疗服务质量方面的监督检查，检查情况纳入分级管理评分内容，对情节严重者暂停或取消其基本医疗保险服务协议。

四、违反医疗保险管理规定的处理

（一）定点医疗机构违反医疗保险管理规定的处理。定点医疗机构发生冒名顶替、虚假病历、挂名住院、分解住院、叠床住院、轻病住院、挂床住院、诊断升级、高套分值及降低服务质量等违规情形的,由社会保险经办机构在签订的定点医疗机构服务协议中明确基金扣除标准和办法。定点医疗机构负责人为医师遵守医保管理规定的第一责任人，应加强执行医保政策规定

的宣传和监督管理，定期检查医师医疗行为规范。对定点医疗机构医务人员累计发生6次或以上违规情形的，定点医疗机构负责人须向当地基金监管部门联席会议作公开说明。

(二)社会保险经办机构可以在签订定点医疗机构服务协议时对以下事项进行约定：

1.存在以下情形之一的，作冒名顶替住院处理：

(1) 利用他人参保身份办理住院手续的；

(2) 医护人员参与构成冒名顶替住院行为的；

(3) 其他由基金监管部门联席会议认定属于冒名顶替住院行为的。

2.存在以下情形之一的，作虚假病历处理：

(1) 病程记录及医嘱与病情不符的；

(2) 病程记录与护理记录为同一笔迹的；

(3) 病历内容有伪造的；

(4) 其他由基金监管部门联席会议认定属于虚假病历的行为。

3.存在以下情形之一的，作挂名住院处理：

(1) 有入院记录，无病历的；

(2) 有结算记录，无病历的；

(3) 有病历记录，无实人住院的；

(4) 有加床记录，无床无人的；

(5) 其他由基金监管部门联席会议认定属于挂名住院的行为。

4.存在以下情形之一的，作分解住院处理：

(1) 参保人患病在同一医院住院期间因转科治疗重新办理出入院手续的；

(2) 定点医疗机构以超结算标准（包括超定额、病种分值过低或病种对应价格过低等）为由，让不符合出院标准的参保人重新办理出入院或假出入院的；

(3) 参保人出院后 10 日内因同一疾病，重复在同一定点医疗机构住院的（急性发作或其他特殊原因除外）；

(4) 其他由基金监管部门联席会议认定属于分解住院的行为。

5.存在以下情形之一的，作叠床住院处理：

(1) 一床有多人床头卡；

(2) 住院患者一览表显示一床多人的；

(3) 病历记录一床多人的；

(4) 一张床位同时多人使用；

(5) 其他由基金监管部门联席会议认定属于叠床住院的行为。

6.存在以下情形之一的，作轻病住院处理：

(1) 达不到《广东省基本医疗保险诊疗常规》入院标准的；

(2) 非特殊情形下，住院期间只有检查费用，无药品和医疗费用的（造影剂、局部麻醉剂等检查用药除外）；

(3) 社会保险经办机构工作人员或驻院医保代表探访参保人超过 3 次不在医院（履行正式请假手续的除外），医院未按基本医疗保险规定履行管理责任的；

(4) 其他由基金监管部门联席会议认定属轻病住院的行为。

7.对通过探访等形式发现参保人不在医院治疗，且符合以下情形之一的，作挂床住院处理：

(1) 住院期间仍在上班或上课的；

(2) 同病房病友确认住院参保人已离院或不在住院治疗的；

(3) 医务人员确认住院参保人已离院的；

(4) 病历中无出院医嘱记载的(正式请假的除外)；

(5) 其他由基金监管部门联席会议认定属挂床住院的行为。

8.存在以下情形之一的，作诊断升级、高套分值及降低服务质量处理：

(1) 不按参保人出院的临床第一诊断（主要诊断）及其诊治方式确定其所对应的分值；

(2) 参保人出院后 10 日内因同一疾病，重复在同一定点医疗机构住院（急性发作或其他特殊原因除外）并计算分值的；

(3) 参保人患病在同一医院住院期间因转科治疗重新办理出入院手续,并以转科前、转科后两个诊断进行医保分值计算的；

(4) 保守治疗疾病套用手术治疗的 ICD 编码、单部位治疗套用多部位治疗的 ICD 编码、一级手术套用复杂手术治疗的 ICD 编码等情形。

9.存在以下情形之一的，作其他违规情形处理：

(1) 医护人员推诿参保人或误导、诱导参保人入院，一经查实的；

(2) 医护人员存在歪曲医疗保险政策，不及时解决问题，并把矛盾上交的；

(3) 定点医疗机构因参保人住院费用超结算标准（包括超定额、病种分值过低或病种对应价格过低等），而推诿参保人回社会保险经办机构零星报销被举报有效的；

(4) 违反《广东省基本医疗保险诊疗常规》有关规定的（达不到《广东省基本医疗保险诊疗常规》入院标准的除外）；

(5) 违反基本医疗保险有关规定的。

五、实施时间

本意见从 2018 年 11 月 1 日起执行，有效期 3 年，《江门市人力资源和社会保障局 江门市卫生和计划生育局关于进一步规范老年病区纳入基本医疗保险结算管理工作的意见》（江人社发〔2015〕303 号）、《江门市人力资源和社会保障局 江门市卫生和计划生育局关于进一步完善基本医疗保险家庭病床管理工作的意见》（江人社发〔2015〕304 号）和《江门市人力资源和社

会保障局 江门市财政局 江门市卫生和计划生育局关于加强我市基本医疗保险基金使用管理工作的意见》（江人社发〔2015〕334号）同时废止。

- 附件：1.江门市基本医疗保险家庭病床日常生活能力评定量表
2.江门市基本医疗保险老年病区日常生活能力评定量表

江门市人力资源和社会保障局



江门市财政局



江门市卫生和计划生育局



2018年9月20日

公开方式：主动公开

江门市人力资源和社会保障局办公室

2018年9月29日印发

附件 1

江门市基本医疗保险家庭病床日常生活能力评定量表

定点医疗机构（公章）

评定人员签名

评定时间： 年 月 日

参保人姓名	身份证号	参加险种	一档 <input type="checkbox"/>	二档 <input type="checkbox"/>
病情描述及诊断				
项目	评定标准	评分		
		分值标准	初步测评得分	复核测评得分
1、进食	较大和完全依赖	0		
	需部分帮助夹菜盛饭	5		
	全面自理	10		
2、洗澡	依赖	0		
	自理	5		
3、梳洗修饰	依赖	0		
	自理（能独立完成洗脸、梳头、刷牙、剃须）	5		
4、穿衣	依赖	0		
	需一半帮助	5		
	自理（系开钮扣、开关拉链和穿鞋）	10		
5、控制大便	昏迷或失禁	0		
	偶尔失禁（每周<1次）	5		
	能控制	10		
6、控制小便	失禁或昏迷或需他人导尿	0		
	偶尔失禁（<1次/24小时；>1次/周）	5		
	能控制	10		
7、如厕	依赖	0		
	需部分帮助	5		
	自理	10		
8、床椅转移	完全依赖别人	0		
	需大量帮助（2人），能坐	5		
	需小量帮助（1人），或监护	10		
	自理	15		
9、行走	不能走	0		
	在轮椅上自行行动	5		
	需1人帮助（体力或语言督导）	10		
	独自步行（可用辅助器具）	15		
10、上下楼梯	不能	0		
	需帮助	5		
	自理	10		
合 计		100		
社保复核意见	同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/>	社保复核时间	复核人员签名	

注：此量表满分为100分。得分100分为完全自理，≥61分表示有轻度功能障碍；60-41分表示有中度功能障碍；≤40分表示有重度功能障碍。

附件 2

江门市基本医疗保险老年病区日常生活能力评定量表

定点医疗机构（公章）

评定人员签名

评定时间： 年 月 日

患者姓名	身份证号	参加险种	一档 <input type="checkbox"/>	二档 <input type="checkbox"/>
病情描述及诊断				
项目	评定标准	评分		
		分值标准	初步测评得分	复核测评得分
1、进食	较大和完全依赖	0		
	需部分帮助夹菜盛饭	5		
	全面自理	10		
2、洗澡	依赖	0		
	自理	5		
3、梳洗修饰	依赖	0		
	自理（能独立完成洗脸、梳头、刷牙、剃须）	5		
4、穿衣	依赖	0		
	需一半帮助	5		
	自理（系开钮扣、开关拉链和穿鞋）	10		
5、控制大便	昏迷或失禁	0		
	偶尔失禁（每周<1 次）	5		
	能控制	10		
6、控制小便	失禁或昏迷或需他人导尿	0		
	偶尔失禁（<1 次/24 小时；>1 次/周）	5		
	能控制	10		
7、如厕	依赖	0		
	需部分帮助	5		
	自理	10		
8、床椅转移	完全依赖别人	0		
	需大量帮助（2 人），能坐	5		
	需小量帮助（1 人），或监护	10		
	自理	15		
9、行走	不能走	0		
	在轮椅上独自行动	5		
	需 1 人帮助（体力或语言督导）	10		
	独自步行（可用辅助器具）	15		
10、上下楼梯	不能	0		
	需帮助	5		
	自理	10		
合 计		100		
社保复核意见	同意 <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/>	社保复核时间	复核人员签名	

注：此量表满分为 100 分。得分 100 分为完全自理，≥61 分表示有轻度功能障碍；60-41 分表示有中度功能障碍；≤40 分表示有重度功能障碍。