

南京市医疗保障局文件

宁医发〔2023〕47号

关于进一步加强我市职工医保 门诊统筹管理的通知

各有关处室、单位，各分局、江北新区教育局和社会保障局，各区医保经办机构，各定点医药机构：

经局研究同意，为更好地保障参保人员医疗保障权益，针对我市医药机构门诊就诊人次与费用增长过快、部分医保医师诊疗不规范等问题，就加强我市职工医保门诊统筹管理工作通知如下：

一、规范门诊处方管理。医保门诊治疗和药品处方一般不得超过7日用量，急诊处方一般不得超过3日用量，中药煎剂特殊情况下可延长至14剂用量。

对临床诊断明确、用药方案稳定、依从性良好、病情控制平稳、需长期药物治疗的慢性病患者，医保医师可按规定对治疗慢性病的一般常用药品开具长期处方，长期处方的处方量一般在4周内。超过4周的长期处方，经诊治机构医保医师严格评估、院内审批后，可将一次性取药量放宽至3个月。诊治机

构应按《关于印发长期处方管理规范（试行）的通知》（国卫办医发〔2021〕17号）规定，出台长期处方管理规范，建立长期处方评估台账，规范开立长期处方。

二、加强日常结算管理。按期（月度、季度、年度）监测医疗机构（三甲、三级、二甲、二级、一级及以下）的范围内次均费用总情况（同一人同一天同一医院同一诊断为一个人次，次均费用是剔除挂号和核酸费用后，医保范围内就诊费用与总人次的比值），重点审核增幅较高的医疗机构，并与该机构及同等级医疗机构进行比较分析，发现费用异常情况后及时向医疗机构反馈。

对于次均费用环比增长在 20%（含）-30%之间或同比增长在 30%（含）-40%之间的医疗机构，需提供书面材料，说明费用增长原因后，方可结算当月医保基金；

对于次均费用环比增长在 30%（含）-40%之间或同比增长在 40%（含）-60%之间的医疗机构，约谈其负责人，并要求相关医疗机构自查自纠，提供整改措施后，方可结算当月医保基金。

对于次均费用环比增长超 40%（含）或同比增长超 60%（含）的医疗机构，暂缓拨付月度结算医保基金，待次均费用增幅回归正常阈值内，再予以拨付。

三、实行次均费用评价。将定点医疗机构门诊统筹范围内年度次均费用作为评价指标纳入年终考核，奖励与处罚保持同一资金水平。

对次均费用超过全市同等级医疗机构平均水平的医疗机构，超 100%（含）的，年终考核一票否决，考核分全部扣完；超 50%（含）-100%的，年终考核一次性扣减 200 分；超 30%（含）-50%的，年终考核一次性扣减 100 分；超 10%（含）-30%的医疗机构，年终考核一次性扣减 50 分。

对次均费用低于全市同等级医疗机构平均水平的医疗机构，低于 10%（含）-30%的，年终考核一次性奖励 50 分；低于 30%（含）-50%的，年终考核一次性奖励 100 分；低于 50%（含）-100%的，年终考核一次性奖励 200 分。

四、严格医保医师管理。对单张处方范围内费用超 2000 元（不含抢救、重症监护费用）、月范围内次均费用（不含抢救、重症监护费用）超全市同等级医疗机构平均水平 50%的医保医师，由所在医疗机构约谈并自查诊疗的合理性，自查结果通过医保综管平台上报市区医保部门；对一个年度内出现两次上述情形或月范围内次均费用超全市同等级医疗机构平均水平 80%的医保医师，市区医保部门按管辖权展开核查，查实违规的，按照《南京市医疗保障定点医疗机构服务协议》《南京市定点医疗机构医保医师记分管理办法》，追回违规费用、加收违约金、暂停直至取消医保医师资格。

五、纳入 DRG 运行监控。将围住院期（住院前后 3 天）发生的门诊费用纳入 DRG 运行监控，对于将住院费用疑似分解到门诊的，在“医保高铁”上予以提醒。经查实的，对应的 DRG 点数不予结算。

六、全面推行电子处方。定点医疗机构应通过“电子处方流转平台”为参保人员提供外购处方，方便其至定点零售药店购药，对需要纸质处方的，应提供纸质处方打印服务。2023 年 6 月 1 日起，参保人员应凭电子外配处方院外购药，如无电子外配处方，原则上不享受门诊共济相关待遇。

七、建立参保人员失信制度。对单一药品结余药量超 30 天、60 天的参保人员分别给予短信提醒。对查实违规的参保人员，列入重点监控对象，并根据违法违规情况按信用相关规定纳入个人信用档案。

八、建设事前监管系统。加快职工医保门诊统筹事前监管系统的建设，对超量、重复用药等违规行为，在医生工作站进行事前提醒。对已事前提醒、无合理理由仍自行开方的医保医师，启动事后监管系统，违规费用予以扣减，违规医生按照《南京市定点医疗机构医保医师记分管理办法》进行处理。医疗机构应如实上传医保结算数据，对弄虚作假的一经查实，将依法依规从严处理。

九、探索门诊费用按人头付费。选择服务人口多，医保结算量大的社区医疗机构（医共体）及其周边门统药店作为试点，双方签定“绑定”协议，方便参保人就近院外购药。探索开展社区医疗机构（医共体）门诊费用按人头付费支付制度。

十、加强“两定”机构自我管理。“两定”医药机构要面向所属医师、药师，加强各类医保政策宣传，建立医保基金使用管理讲评机制。医保部门通过“医保高铁”展示相关指标信息，

建立“医保高铁”“光荣榜”和“曝光台”，及时通报正反面典型案例，促进医药机构加强自我管理，引导医保医师规范诊疗行为。

