

临汾市医疗保障局 临汾市财政局文件 临汾市卫生健康委员会

临医保发〔2020〕33号

关于印发《临汾市城乡居民 基本医疗保险普通门诊统筹实施细则》 (试行)的通知

各县(市、区)医保局、财政局、卫体局:

现将《临汾市城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹实施细则》印发给你们,并提出如下意见,请一并贯彻执行。

自2020年9月1日起,取消城乡居民基本医疗保险门诊统筹定额管理,全面开展普通门诊统筹。不再向参保居民个人账户分配基金,个人账户余额可用于冲抵参保居民门诊或住院医疗费用

个人负担部分。



临汾市城乡居民基本医疗保险普通门诊 统筹实施细则(试行)

为进一步完善城乡居民基本医疗保险制度,减轻城乡居民普通门诊医疗费用负担,提高城乡居民基本医疗保障水平,根据省局有关文件精神,结合我市实际,制定本实施细则。

第一章 总 则

第一条 本细则适用于我市城乡居民基本医疗保险参保人员普通门诊统筹基金的使用与管理。

第二条 城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹(以下简称“居民门诊统筹”)遵循以下基本原则:

(一)坚持保障基本,用于保障参保居民日常门诊常见病、多发病就诊发生的医药费用的支出;

(二)坚持统筹共济,坚持总量控制、量入而出,保障适度和待遇公平;

(三)坚持协议管理,主要依托社区卫生服务中心、社区卫生服务站、乡镇卫生院、村卫生室、校医院(医务室)等基层医疗机构为城乡居民提供门诊统筹就诊服务和待遇支付,方便群众就医,降低医疗服务成本,提高医保基金使用效率。

第三条 医保部门负责居民门诊统筹相关政策的制定及居民

门诊统筹基金筹集、管理和具体经办,对定点医疗机构实行协议化管理,进行日常检查、监督和考核。

财政、卫健部门应当在各自职责范围内协同做好居民门诊统筹工作。

第二章 基金管理

第四条 居民门诊统筹所需基金按年度从城乡居民基本医保基金中列支。年初预算,年终决算。年度结余计入城乡居民医保基金中统一使用。综合考虑城乡居民医疗需求、费用水平、医疗资源分布等情况,合理预算分配门诊统筹所需基金总量,原则上应控制在当年城乡居民基本医保基金筹资总额的 5-10%。

第三章 门诊待遇

第五条 居民门诊统筹基金主要用于支付参保居民在本人门诊统筹所辖定点医疗机构门诊就医发生的符合规定的医药费、家庭医生签约服务等费用。家庭医生签约服务费由门诊统筹基金按规定支付的,不得再向参保签约居民收取一般诊疗费。

第六条 在一个结算年度内,居民门诊统筹基金支付费用实行累计计算,年度最高支付限额 200 元,每日每次最高支付限额 50 元。未使用的本年度支付限额不结转至下年度。

第七条 居民门诊统筹待遇享受期与基本医保待遇享受期相

同。门诊统筹待遇不设起付标准,参保居民发生的符合规定的普通门诊医疗费用,甲类药品和基本医疗保险基金全额支付的诊疗项目(简称“甲类项目”)由门诊统筹基金支付 60%,乙类药品和基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目(简称“乙类项目”)由门诊统筹基金支付 50%。

第八条 下列情形不纳入门诊统筹基金支付范围:

(一)不符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施标准的医疗费用;

(二)参保居民在非本人门诊统筹定点医疗机构发生的门诊医疗费用;

(三)参保居民在本人门诊统筹定点医疗机构发生的超出门诊统筹年度最高支付限额的门诊医疗费用;

(四)参保居民按规定享受的门诊慢性病治疗费用和门诊特殊药品费用;

(五)参保居民在住院和家庭病床治疗期间发生的普通门诊医疗费用;

(六)已纳入高血压糖尿病门诊用药保障机制保障范围的药品费用;

(七)应当从工伤保险基金中支付的医疗费用;

(八)应当由第三人负担的医疗费用;

(九)应当由公共卫生负担的医疗费用;

(十)其它不符合城乡居民基本医疗保险支付范围的费用。

第四章 就医管理

第九条 参保居民在参保缴费时,可在参保地医保部门公布的县域内定点基层医疗机构名单中,自行选择(或由医保经办机构指定)一家定点医疗机构作为其门诊统筹定点服务医疗机构。医疗资源相对薄弱的地区,参保居民可选择一所乡镇卫生院和所辖的一所村卫生室作为门诊统筹定点医疗机构。

定点高校医疗机构承担本校全部参保在校学生的门诊统筹医疗服务及管理工作。

第十条 居民门诊统筹定点医疗机构原则上一年一定,参保居民在下一年度参保缴费时未办理变更登记的,自动延续定点。未成年、智障、残疾等参保人员由其监护人代为选择或变更门诊统筹定点医疗机构。

第十一条 居民门诊统筹定点医疗机构应具备满足服务需求的基本条件,备足所需药品,设立专门服务窗口,为参保居民提供优质高效的诊疗服务。不得拒绝参保居民选择本单位为门诊统筹定点;不得以任何借口推诿、拒绝参保居民就医。

第十二条 居民门诊统筹定点医疗机构应严格遵守基本医疗保险和医疗卫生的各项法律、法规和政策规定,合理诊疗、按规定收费,不得串通参保居民伪造病历资料和检查资料、串换药品、非法套取医保基金。在服务过程中,医务人员必须对就诊的参保居民进行身份核实、确认,认真记录参保居民门诊就医信息,据实提

供收费票据和费用明细清单,及时将就医结算信息上传至医保经办机构。

第五章 费用结算

第十三条 居民门诊统筹定点医疗机构必须建立符合医疗保险管理要求的信息系统,确保参保居民门诊就医费用直接结算。参保居民凭本人社会保障卡(或医保凭证)等有效证件到居民门诊统筹定点医疗机构门诊就医,只需结算个人应负担的费用,应由门诊统筹资金支付的部分,由医保经办机构定期向定点医疗机构(医疗集团)支付。

第十四条 居民门诊统筹医疗费用的支付方式,由各县(市、区)结合县乡医疗机构一体化打包付费情况确定,可采取总额预算、按人头付费的方式,同时可建立居民门诊统筹调剂金制度,调剂金的比例由各县(市、区)根据本地情况自行确定,用于年度清算时的超支补偿。年度实际使用资金量小于年初总额预算的,年度结余可以按比例分成;年度实际使用资金量超出年初总额预算的,根据实际情况适当调剂,超出调剂金的部分由各县(市、区)定点医疗机构(医疗集团)自行承担。医保经办机构要将门诊统筹政策要求、管理措施、总额预算、次均费用、服务质量、考核办法、奖惩机制、参保居民满意度等落实到医疗服务协议中,并依据协议内容对居民门诊统筹定点医疗机构进行服务质量年度考核,考核结果与基金结算挂钩。

第十五条 参保居民因病确需转诊的,经居民门诊统筹定点医疗机构同意后,可转为统筹区内上级定点医疗机构门诊就医,发生的符合规定的门诊医疗费由其门诊统筹定点医疗机构按规定报销。未经转诊,在非定点医疗机构就诊的普通门诊医疗费用统筹基金不予支付。

第十六条 参保大学生寒暑假、实习、法定节假日及休学期间发生的门诊(急诊)医疗费用和经本校医疗机构批准转诊的门诊医疗费用先由个人全额垫付,回校后凭有效收费票据、费用明细清单、门诊病历等材料到校医疗机构办理报销手续。

第十七条 异地居住并办理异地就医备案的参保居民,在指定的居住地医疗机构就医,发生的普通门诊医疗费用,由本人先行垫付,原则上自费用发生之日起一年内,持有效收费票据、费用明细清单、门诊病历等材料到参保地医保经办机构办理报销手续。

第六章 监督管理

第十八条 医保部门要落实对门诊统筹基金的监管责任,建立健全门诊医疗服务监督管理机制,不断完善门诊统筹服务协议、医疗费用支付方式和服务质量考核评价体系,加强对门诊统筹定点医疗机构执行医保政策、履行服务协议情况的监督检查,确保门诊统筹基金安全有效使用。

第十九条 卫健部门要加强对门诊统筹定点医疗机构的监督、管理和指导,督促定点医疗机构规范诊疗服务行为。定点医疗

机构要按医保部门有关规定建立公示制度,定期公布门诊医疗服务费用、质量、参保居民满意度等情况,接受社会监督。

第二十条 对于门诊统筹定点医疗机构或参保居民违反门诊统筹政策规定,弄虚作假、伪造医疗文书骗取、套取门诊统筹基金的,由医保部门会同相关部门依法依规严厉查处。

第二十一条 本细则自 2020 年 9 月 1 日起施行。上述政策措施与之前我市有关文件规定不一致的,以本细则为准。

