

沅江市医疗保障局 文件 沅江市卫生健康局

沅医保发〔2020〕3号

关于印发《沅江市城乡居民基本医疗保险普通 门诊统筹和高血压糖尿病以及特殊病门诊 管理办法》的通知

各医疗卫生单位：

为规范我市城乡居民基本医疗保险门诊管理，现将《沅江市城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹和高血压糖尿病以及特殊病门诊管理办法》印发给你们，请认真组织实施。



2020年5月28日

沅江市城乡居民基本医疗保险普通门诊 统筹和高血压糖尿病以及特殊病门诊 管 理 办 法

为切实保障我市城乡居民普通门诊统筹、高血压和糖尿病门诊用药（以下简称“两病”门诊）、特殊病种门诊的基本医疗待遇，根据《关于做好城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障工作的实施意见》（湘医保发〔2019〕34号）、《益阳市城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹管理实施细则》（益医保发〔2019〕28号）和《关于进一步完善城乡居民医保特殊病种门诊政策的通知》（益医保发〔2019〕29号）文件精神，结合我市实际，特制定本办法。

一、待遇标准

（一）普通门诊统筹。参保居民在协议基层医疗卫生机构（指镇〈中心〉卫生院、社区卫生服务中心、村卫生室）就诊时，政策范围内门诊医疗费用不设起付线，报销比例为70%，一个结算年度内，普通门诊每年最高报销限额420元/人，不能跨乡镇使用。镇（中心）卫生院和社区卫生服务中心最高报销限额35元/人/日，村卫生室最高报销限额21元/人/日。可纳入报销的门诊医疗费以《益阳市城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹管理实施细则》（益医保发〔2019〕28号）文件规定为准。

（二）“两病”门诊用药。“两病”患者在协议基层医疗卫

生机构就诊时，政策范围内规定的降血压、降血糖门诊药品费用，不设起付线，报销比例为 70%。一个结算年度内，高血压患者每年最高报销限额 360 元，糖尿病患者每年最高报销限额 600 元。

“两病”门诊用药患者一次性不能开具超过一个季度用药量。“两病”患者合并其他靶器官功能损害，达到特殊病种门诊标准的，按特殊病种门诊相关政策执行。“两病”门诊的诊疗规范和门诊用药范围以《关于做好城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障工作的实施意见》（湘医保发〔2019〕34 号）文件规定为准。

（三）特殊病种门诊。特殊病种门诊患者在镇（中心）卫生院及以上医疗机构就诊时，政策范围内特殊病种门诊医疗费用不设起付线，报销比例为 70%，建档立卡贫困人员报销比例为 80%。特殊病种范围和限额报销标准以《关于进一步完善城乡居民医保特殊病种门诊政策的通知》（益医保发〔2019〕29 号）文件规定为准。

（四）普通门诊统筹待遇与“两病”门诊用药待遇、特殊病种门诊待遇不重复享受。

二、基金管理

（一）普通门诊。普通门诊统筹基金按当年城乡居民医保参保实际筹资总额的 10%提取。各镇（中心）卫生院和社区卫生服务中心，根据门诊业务收入和所属乡镇实际服务的参保人数进行控制指标的预算。普通门诊统筹基金包括普通门诊统筹、高血压和糖尿病“两病”门诊用药、一般诊疗费、家庭医生签约服务

费等。各项基金实行年度统筹、总额包干，按季度预拨给各协议基层医疗卫生机构，预拨不得超过一个季度额度，结余滚存。

(二) 特殊病种门诊。特殊病种门诊基金按当年城乡居民医保参保实际筹资总额的 8% 提取。支付额度按年度结算，按月管理，不得跨年度使用。

(三) 普通门诊统筹基金和特殊病种门诊基金可统筹使用。

三、机构管理

(一) 各基层医疗卫生机构实行协议管理。市医疗保障局每年与各镇(中心)卫生院和社区卫生服务中心签订门诊统筹服务协议。符合条件纳入协议管理的村卫生室经所属镇(中心)卫生院和社区卫生服务中心初审资质后，经市卫健局审批确定，报市医疗保障局备案，再与镇(中心)卫生院和社区卫生服务中心签订门诊统筹服务协议。

(二) 各协议基层医疗卫生机构都必须安装符合标准的医疗管理系统、实时接口和医保报销管理系统，各项诊疗行为和用药明细必须实时真实的录入医疗管理系统，所有数据采用接口实时传输，不得手工录入。

(三) “两病”门诊用药和普通门诊统筹先期启动各镇(中心)卫生院、社区卫生服务中心和符合以下条件的村卫生室：

1. 村卫生室必须经市卫健局审核备案，符合村卫生室的各项标准，具有相关的资格证照。

2. 按“一村一室”的原则，申请门诊定点的村卫生室，必

须是行政村卫生室。经市卫健局审批确定，报市医疗保障局备案后，方可取得该乡镇的协议基层医疗卫生机构资质。

3. 村卫生室的医护人员必须具备相应的执业资质，且只能在符合其医疗机构执业许可证规定的执业范围和地点内，开展与村卫生室服务能力相匹配的基本医疗服务，包括各种中医药服务等，严禁开展无资质的诊疗行为。

4. 村卫生室必须执行国家基本药物政策，按规定使用基本药物，优先使用国家集中招标采购药品，并在医疗管理系统中进行入库登记，其他途径购入的药品或未入库药品不得纳入报销。

5. 村卫生室须开具正规的门诊发票。

四、操作流程

（一）普通门诊统筹。患者在参保所属乡镇协议基层医疗卫生机构就诊后，凭本人身份证、当年度有效的该机构门诊发票、处方在该协议基层医疗卫生机构按政策办理报销手续。

（二）“两病”门诊用药。“两病”患者首次门诊购药，按申报、审核、报销、公示的流程办理。

申报：凭患者本人身份证、主治医师以上开具的疾病诊断证明书、公共卫生建档资料，由镇（中心）卫生院和社区卫生服务中心进行申报。

审核：各镇（中心）卫生院和社区卫生服务中心将已初审完毕的资料网上提交市医疗保障局，市医疗保障局对符合“两病”门诊用药的患者予以审核确认。

报销：对审核确认的患者在参保所属乡镇协议基层医疗卫生机构诊治后，凭本人身份证、当年度有效的该机构门诊发票、处方在协议基层医疗卫生机构按政策办理报销手续。

公示：各乡镇协议基层医疗机构每半年对“两病”门诊用药报销情况予以公示。

（三）特殊病种门诊。按申报、初审、复审、公示、确定待遇、报销的程序进行办理。

1. 市内发生的特殊病种门诊费用报销：

患者持本人身份证、二级及以上医疗机构的住院病历或门诊病历、相关化验单等到镇（中心）卫生院和社区卫生服务中心进行申报。各镇（中心）卫生院和社区卫生服务中心组织有资质的医师对患者提交的资料进行**初审**。对初审符合要求的资料提交市医疗保障局，医疗保障局组织相关专家进行**复审、公示及确定待遇**。已确定待遇的特殊病种患者在参保所属乡镇协议基层医疗卫生机构诊治后，凭本人身份证、当年度有效的该机构门诊发票、处方在协议基层医疗卫生机构按政策办理报销手续。资料申报原则上一个月受理一次，申报时间为每月1-7日。

晚期血吸虫病患者、精神病患者、透析患者、器官移植患者由指定的协议医疗机构负责申报。

各乡镇协议基层医疗机构每半年对特殊病种门诊用药报销情况予以公示。

2. 市外发生的特殊病种门诊费用报销：

特殊病种患者在市外二级及以上医疗机构发生的特殊病种门诊医疗费用，凭原始门诊发票、住院病历或门诊病历、相关化验单等相关资料到参保地医保经办机构按政策办理报销手续。资料申报原则上一个季度受理一次，申报时间为每季度第一个月的1-10日。

五、工作责任

（一）协议基层医疗卫生机构医务人员必须对就诊的参保居民进行身份核实、确认，并按合理检查、合理治疗、合理用药的原则，为参保居民提供必要的基本医疗服务。村卫生室要做到药品进销有台账、看病有登记、用药有处方、收费有单据，并建立门诊台账。

（二）医保管理机构和经办人员在普通门诊统筹、“两病”门诊用药、特殊病种门诊管理和监督工作中，不得滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊；医务人员不得出具虚假医疗文书，否则将严肃问责并予以处分；情节严重构成犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

（三）参保居民违规将本人有效证件借给他人或单位骗取、套取城乡居民医保门诊统筹基金的，取消违规当事人当年度门诊待遇，并按骗取、套取医保资金有关规定处理。

六、附则

（一）本管理办法为暂行办法，无新的政策出台前，按本

办法实施。之前文件凡与本管理办法相冲突的，以本办法为准。

（二）本管理办法从2020年6月1日起施行。自2020年1月1日起至本实施方案发布前，所产生符合政策的普通门诊、“两病”门诊用药在协议基层医疗机构发生的门诊费用，均纳入门诊报销范围。

（三）本管理办法由沅江市医疗保障局负责解释。

（信息公开形式：主动公开）

沅江市医疗保障局办公室

2020年5月28日印发
