海南省城乡居民基本医疗保险普通门诊共济保障管理办法（征求意见稿）

第一章总 则

**第一条** 为进一步完善我省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，依据《海南省城乡居民基本医疗保险实施办法》（琼　〔２０２２〕号）等文件精神，结合我省实际，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于我省城乡居民基本医疗保险的参保人员。

**第三条** 城乡居民基本医疗保险普通门诊坚持统筹共济，保障基本；坚持以基层定点医疗机构为依托，支持基层医疗卫生机构能力发展；坚持门诊医疗费用分担机制，提高基本医疗保险基金的使用效率。

**第四条** 省医疗保障行政部门负责普通门诊统筹相关政策的制定和信息化建设，并根据基本医疗保险统筹基金运行和参保居民门诊医疗费用负担情况，对普通门诊待遇标准进行动态调整。各级医疗保障行政部门负责城乡居民普通门诊的监督管理。

**第五条** 全省各级医疗保障经办机构负责普通门诊医疗费用的审核和结算，配合医疗保障行政部门对普通门诊定点医药机构开展检查、监督和考核。

**第六条** 普通门诊实行定点服务管理。全省城乡居民基本医疗保险定点医药机构均为普通门诊定点医药机构，负责参保居民普通门诊就医、诊疗和取药服务。根据本省公立医院高质量发展情况，逐步将三级医院支付范围从普通门诊转为专科门诊。

第二章基金来源

**第七条** 城乡居民基本医疗保险普通门诊共济保障所需资金从城乡居民基本医疗保险统筹基金中列支，不另行筹集，不单独建账。在城乡居民基本医疗保险统筹基金支出户中设置普通门诊支出明细。

1. 保障标准

**第八条** 参保人员普通门诊医疗费用，统筹基金按照以下标准支付：

（一）年度起付标准：一级及以下医疗机构10元、二级医疗机构50元、三级医疗机构100元，与门诊慢性特殊疾病、住院合并计算。

（二）年度最高支付标准（含一般诊疗费）：60周岁（不含）以下参保人员为500元、60周岁（含）以上参保人员为700元，计入年度统筹基金累计最高支付标准。

　　参保人员当年度未达到普通门诊医疗费用年度累计最高支付标准的，其剩余部分可结转至下年度，计入住院医疗费用统筹支付额度，参保期间可依次结转，中断参保不再结转。

（三）支付比例：参保人员发生起付标准以上、最高支付标准以下的门诊医疗费用，由统筹基金和参保居民按比例分担：一级及以下定点医疗机构，统筹基金支付比例为70%，个人支付比例为30%；二级定点医疗机构，统筹基金支付比例为50%，个人支付比例为50%；三级定点医疗机构，统筹基金支付比例为３0%，个人支付比例为７0%。

**第九条** 符合国家基本医疗保险药品目录及我省诊疗项目目录、医疗服务设施范围目录和医用耗材目录规定的医疗费用，纳入城乡居民基本医疗保险普通门诊支付范围。

**第十条** 下列医疗费用不纳入城乡居民基本医疗保险普通门诊支付范围：

1. 未在定点医药机构发生的普通门诊医疗费用；
2. 不符合基本医疗保险规定的医疗费用；
3. 已纳入城乡居民基本医疗保险住院统筹基金结算的急诊抢救医疗费用；
4. 住院期间发生的普通门诊医疗费用；

　　（五）超过普通门诊年度最高支付标准以上的医疗费用（含一般诊疗费）；

（六）超过基本医疗保险支付标准的医疗费用；

（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；

（十）在境外就医的；

（十一）国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

第四章 费用结算

**第十一条** 参保人员所发生的普通门诊医疗费用，个人应支付的，由参保人员与定点医药机构直接结算；应统筹基金支付的，由医疗保障经办机构与定点医药机构进行结算。

**第十二条** 参保人员普通门诊使用乙类药品无需先行自付，使用国家谈判药品需先行自付10%。

**第十三条** 异地就医人员，普通门诊无需备案，不降低报销比例，在就医地的基本医疗保险普通门诊异地定点医药机构就医，所发生的普通门诊医疗费用，就医地已实现普通门诊异地联网直接结算的，按规定实行即时结算；未实现异地联网直接结算的，由本人先行垫付，原则上自费用发生之日起二年内持医疗票据和医疗费用明细清单等相关材料到参保所在地医疗保障经办机构办理报销手续。

第五章服务管理

**第十四条** 普通门诊定点医药机构应严格执行首诊负责制和因病施治的原则，坚持以病人为中心，规范诊疗，合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费。

普通门诊用药，应优先选用目录甲类药品，优先选用国家基本药物，优先选用通过一致性评价的品种，优先选用集中招标采购中选药品。不得以费用控制、药占比、医疗机构用药品种规格数量、药事委员会评审等为由，影响药品的合理使用和供应保障。

**第十五条** 普通门诊定点医药机构应执行明确标价收费标准和费用清单制度。每月公布本医药机构普通门诊医疗费用执行情况，自觉接受社会监督。

**第十六条** 参保人员在定点医药机构门诊就医、购药时，需凭医保电子凭证、社会保障卡或居民身份证等医疗保障有效凭证，自觉遵守医疗保障相关规定。

第六章 基金监督

**第十七条** 各级医疗保障行政部门依据法律法规对城乡居民普通门诊进行监督管理。将医疗保障经办机构、定点医药机构、医保协议医师、技师、相关工作人员，以及参保人员纳入医保信用体系管理。

**第十八条** 各级医疗保障经办机构依据海南省基本医疗保障定点医药机构服务协议，对定点医药机构进行监督检查和考核，并将考核结果与年度清算挂勾。

第七章 法律责任

　**第十九条** 各级医疗保障行政部门、医疗保障经办机构、定点医药机构及其工作人员、参保人员违反本办法规定的，依据《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》，以及国家、我省的相关法律、法规、规章和规定予以处理。

第八章　附则

**第二十条** 本办法具体适用问题由省医疗保障行政部门负责解释。

**第二十一条** 本办法自２０２３年1月1日起施行，有效期５年。２０１９年１２月１８日印发的《海南省城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹管理办法》（琼医保规〔2019〕９号）同时废止。