

新医保政策解读与‘两试点一示范’基金监管解读

第一章 医保新政策政策解读

一、门诊统筹基金分配与使用

1.基金分配实行门诊统筹，不再建立家庭门诊账户。门诊统筹基金从当年筹集的城乡居民基本医疗保险基金划分，每年度人均门诊统筹基金按当年城乡居民个人缴费标准的50%进行筹集，2019年筹资标准为每人110元。

2.基金使用门诊统筹基金只能用于参保人员在门诊统筹定点医疗机构就医的普通门诊医疗费用、本县中医院中医门诊治疗费用。门诊统筹基金结余不能用于冲抵下一年度城乡居民个人参保缴费，不得向城乡居民返还现金。

3.基金结余处理门诊统筹基金以乡镇（街道）为单位实行费用总额控制，定点医疗机构采用包干使用、结余奖补、超支不补的办法；年度内住院统筹协议定额未超标的定点医疗机构，门诊统筹结余部分按30%的指标额予以奖励。包干标准由县级医疗保险经办机构根据上年度门诊医疗费用情况，结合人均门诊统筹筹资标准、参保人群等因素确定，具体标准一年一定。

4.定点门诊总额预算方式参保人员因病到定点医疗机构就诊，属于国家基本药物、基本医疗保险用药目录内的药品和诊疗项目费用纳入门诊统筹基金报销范围。将城乡居民门诊挂号费、诊查费、注射费以及药事服务成本合并为一般诊疗费并制定收费标准后，采用门诊总额预算管理方式，纳入门诊统筹报销支付范围。

5.县，乡、村定点机构门诊报销标准政策范围内门诊医疗待遇报销比例稳定在50%及以上。参保群众在乡级定点医疗机构门诊就医不设封顶线，在村级定点医疗机构和县中医院门诊接受中医药治疗可设置封顶线，人均年度封顶线不低

于当年城乡居民个人缴费标准的 60%。

6.非定点医疗机构门诊医疗费用不报销参保人员在门诊统筹定点医疗机构发生的符合规定的门诊医疗费用，由门诊统筹基金按规定比例支付，在门诊统筹非定点医疗机构发生的门诊医疗费用不予支付。

二、定点医院门诊报销标准

1.参保人员在本县中医院门诊接受中医药治疗，符合基本医疗纳入门诊统筹治疗，符合基本医疗保险政策内的费用按 50%比例报销，门诊统筹费用不超过 120 元，参保个人年统筹基金累计封顶线为 350 元；

2.参保人员在乡镇级（含一级综合）定点医疗机构门诊就医报销不设封顶线，符合基本医疗保险政策范围内的费用按 70%比例报销，设置门诊统筹次均门诊费用不超过 150 元。

3.在村级定点医疗机构门诊治疗，设置门诊统筹次均门诊费用不超过 50 元，符合基本医疗保险政策范围内的费用按 70%比例报销，参保个人年度累计最高支付限额为 50 元，以户为单位全年封顶，超过年度封顶部分费用门诊统筹基金不予支付。

三、诊疗费标准

将一般诊疗费按规定纳入基本医疗保险支付。门诊统筹定点的乡镇卫生院，一般诊疗费标准为 10 元/次，其中统筹基金支付 8 元，个人自付 2 元；门诊统筹定点的村卫生室（社区卫生服务站），一般诊疗费标准为 9 元/次，其中统筹基金支付 8 元，个人自付 1 元。一般诊疗费纳入门诊统筹基金限额管理范围内，按参保人员年人均门诊 2 次与城乡居民医保基金支付标准核算年度总额，经县医保经办机构考核后，与门诊医药费用的补偿部分一起按月按规定支付给门诊统

筹乡、村级定点医疗机构。

四、住院报销标准

- 1.乡级医院符合基本医疗保险政策范围内的费用按 90%比例报销。
- 2.县级医院符合基本医疗保险政策范围内的费用按 80%比例报销。
- 3.市级医院符合基本医疗保险政策范围内的费用按 60%比例报销。

第二章 “两试点一示范”政策通知解读

一、医保发〔2019〕14号

二、医保发[2019]33号

第三章 医保出院患者的审核

第四章 医保药品目录政策解读

第五章 骗保案例及风险防范

第一节