

山西省医疗保障局
山西省财政厅文件
山西省卫生健康委员会

晋医保发〔2023〕16号

关于进一步完善城乡居民基本医疗保险
普通门诊统筹政策的通知

各市医疗保障局、财政局、卫生健康委：

为进一步健全城乡居民基本医疗保险门诊保障机制，优化完善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”）制度，提升参保居民待遇享受便捷度，减轻其医疗费用负担，现就有关事项通知如下：

一、稳步提高保障水平。建立居民门诊统筹待遇动态调整机制，根据居民医保筹资增长情况合理调整居民门诊统筹年度支付限额，2024年起居民门诊统筹年度支付限额提高至300元，不再执行50元/次/天的单次限额。参保居民在统筹区内二类、三类收

费价格及以下收费类别门诊统筹定点医疗机构发生的符合规定的门诊医疗费用,不设起付标准,统筹基金支付比例分别为 55%、60%;在统筹区内一类收费价格定点医疗机构发生的符合规定的门诊医疗费用,起付标准为 80 元/次,统筹基金支付比例为 45%。参保人员在门诊使用乙类药品时需先行自付 5%,再按规定比例报销。家庭医生签约的参保居民在签约定点基层医疗机构门诊就医的,各市在确保基金安全的情况下,门诊统筹支付比例可适当提高。医保统筹基金支付的家庭医生签约服务费,不占用居民门诊统筹年度最高支付限额,由城乡居民基本医疗保险统筹基金另行支付。

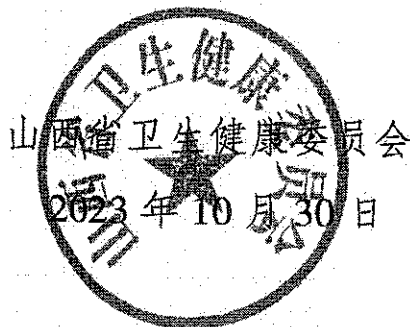
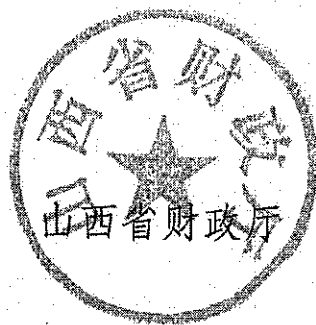
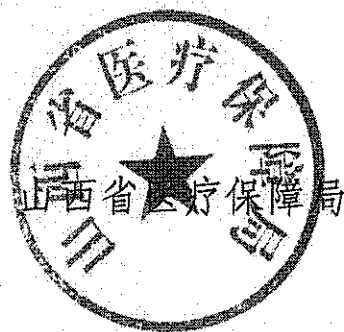
二、扩大待遇覆盖范围。参保居民持医保电子凭证或社会保障卡在参保地以外的其他统筹区异地门诊统筹定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用,按规定纳入居民门诊统筹支付范围,实行直接结算。办理了异地长期居住备案的参保居民,可在备案地和参保地双向享受普通门诊统筹待遇,并按照参保地待遇直接结算。跨统筹区临时外出门诊就医的参保居民,无需提前办理备案手续,在省内其他统筹区临时就医的,按照参保地待遇执行;跨省临时外出就医人员在就医地发生的普通门诊医疗费用,统筹基金支付比例在参保地相同级别医疗机构支付比例的基础上降低 10 个百分点。

三、持续优化管理服务。各地要加强医保信息系统建设,确保将网络延伸到村卫生室等基层定点医疗机构。积极推进医保电子凭证应用,实现参保人员就医费用明细实时、准确、完整上传。要

进一步完善医保服务协议,将门诊就医服务管理纳入协议,细化完善相应考核指标,促进医疗机构自我约束、规范服务。要将门诊费用结算纳入智能监控范围,细化完善监控规则,创新应用基金监管方式,提升门诊医疗费用监管效率,确保基金安全。

四、加强医疗服务保障。卫生健康部门要指导门诊统筹定点医疗机构进一步加强门诊医疗服务供给,切实提升参保群众就医购药便捷度。鼓励各级定点医疗机构开设便民门诊服务,为病情稳定、用药固定的慢性病患者提供长期处方服务,让患者就医购药少排队、少跑腿;基层医疗机构要适应参保人员用药需求,优化药品配备结构,配齐配足常用药品,方便群众就近就医购药。

本通知自2024年1月1日起执行,有效期5年。之前文件与本通知不一致的,按本通知执行。



(此件主动公开)

