

桂林市医疗保障局文件

市医保发〔2020〕1号

关于桂林市城乡居民基本医疗保险 实行门诊医疗统筹的通知

各县（市、区）医疗保障局，市社会保险事业局，各县（市、区）医保经办机构，各一级及以下定点医疗机构：

根据《广西壮族自治区人力资源和社会保障厅关于印发广西城乡居民基本医疗保险暂行办法的通知》（桂人社发〔2017〕1号）和《广西壮族自治区医疗保障局 广西壮族自治区财政厅 国家税务总局广西壮族自治区税务局关于做好2019年城乡居民基本医疗保险有关工作的通知》（桂医保发〔2019〕23号）文件精神，结合我市实际，决定于2020年实行城乡居民基本医疗门诊统筹，现将有关事项通知如下：

一、门诊医疗待遇

（一）筹资标准

门诊医疗统筹按每人每年50元筹集，从当年筹集的基金总额中提取，用于门诊医疗保障，参保个人不缴费。筹资标准视年度

使用情况适时调整，当年门诊医疗统筹不足支付的，从基金中支付。门诊医疗统筹不建立家庭账户或个人账户。

（二）定点医疗

参保人员在桂林市的一级及以下定点医疗机构（包括社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院、一体化管理的村级卫生室、学校医疗机构等）享受门诊医疗统筹。逐步推行定点医疗机构医生与参保人员签约服务，家庭签约医生基础服务包由门诊医疗统筹基金支付5元。

（三）基金管理

依据定点医疗机构辖区内的人头数，按人头付费、按服务单元、按项目等多种方式，对定点医疗机构实行年度付费总额控制管理。由医疗保险经办机构按月度指标拨付给签约的社区卫生服务中心、乡镇卫生院，再由签约的社区卫生服务中心、乡镇卫生院依据本辖区社区卫生服务站、一体化管理的村级卫生室的服务能力、参保人数、就诊人次人数、次均费用等因素，将年度付费总额控制指标下达本辖区已实行一体化管理的社区卫生服务站、村级卫生室。学校内有定点医疗机构的，按参保学生人数或签约人头数及每人每年筹资标准，实行年度付费总额控制管理，由医疗保险经办机构按月或年度拨付给签约的校内定点医疗机构。

（四）医疗费报销比例

1. 一般诊疗费支付。取消药品加成的社区卫生服务中心、乡

镇卫生院，一般诊疗费由门诊医疗统筹支付 8.5 元/人次，个人负担 1.5 元/人次。已实行基本药物制度的社区卫生服务站、一体化管理的村级卫生室，一般诊疗费由门诊医疗统筹支付 5 元/人次，个人负担 1 元/人次。达到门诊医疗统筹年度限额支付后，不再支付一般诊疗费。

2. 报销比例。参保人员在定点医疗机构门诊发生符合基本医疗保险支付范围的医疗费用，社区卫生服务中心、乡镇卫生院单日门诊医疗总费用不高于 60 元，由门诊医疗统筹报销 65%；社区卫生服务站、一体化管理的村级卫生室，单日门诊医疗总费用不高于 30 元，由门诊医疗统筹报销 75%。超过单日门诊医疗总费用（不含一般诊疗费）限额以上的部分，基金不予支付。

在校学生因病在校内定点医疗机构门诊发生符合基本医疗保险支付范围的医疗费用，不收取一般诊疗费，单日门诊医疗总费用不高于 30 元，由门诊医疗统筹报销比例为 90%。

（五）限额支付。参保人员在定点医疗机构门诊发生符合基本医疗保险支付范围的医疗费用，门诊医疗统筹实行限额支付，每人每年 200 元（含一般诊疗费），超过年度限额支付以上部分的医疗费用由个人支付。年度限额支付额度适时调整。

二、个人账户的处理

门诊医疗统筹实施后，原个人账户有结余的，按原个人账户政策继续使用，同时可以用于门诊统筹个人自付及自费的费用，

用完为止。门诊医疗统筹不能在定点零售药店使用。

三、执行时间

本文件自下发之日起执行。今后国家、自治区有新规定的，从其规定。



公开方式：主动公开

抄送：市卫生健康委、市教育局、各高等院校

桂林市医疗保障局办公室

2020年1月8日印发
