

# 广西壮族自治区 人力资源和社会保障厅文件

桂人社发〔2017〕6号

## 广西壮族自治区人力资源和社会保障厅 关于印发广西基本医疗保险就医 管理暂行办法的通知

各市人力资源和社会保障局，自治区社会保险事业局：

现将《广西基本医疗保险就医管理暂行办法》印发给你们，  
请认真贯彻执行。



广西壮族自治区人力资源和社会保障厅

2017年2月21日

# 广西基本医疗保险就医管理暂行办法

**第一条** 为保障参保人员的权益，规范参保人员的就医行为，根据《中华人民共和国社会保险法》和《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）、《劳动和社会保障部、卫生部、国家中医药局关于印发城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理暂行办法的通知》（劳社部发〔1999〕14号）、《广西壮族自治区人民政府办公厅关于推进分级诊疗制度建设的实施意见》（桂政办发〔2016〕1号）和《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）等法律、法规和政策的相关规定，结合我区实际，制定本暂行办法。

**第二条** 本办法适用于广西职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）、城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）参保人员的就医管理工作。

**第三条** 参保人员就医实行定点医疗机构首诊制和双向转诊制。

**第四条** 参保人员应当在定点医疗机构就医，在非定点医疗机构就医发生的医疗费用，基本医疗保险基金不予支付（因突发疾病就医的除外）。

**第五条** 参保人员在挂号、就诊、检查、配药、住院、结算

医疗费用、申报门诊特殊慢性病医疗待遇时，应当主动出示本人社会保障卡等有效证件，配合定点医疗机构相关人员的核验。参保人员不得将本人社会保障卡等凭证出借给他人使用。

**第六条** 参保人员在定点医疗机构发生的门（急）诊、门诊特殊慢性病和住院医疗费用等，属于基本医疗保险基金支付的，由社会保险经办机构与定点医疗机构按服务协议约定结算；属于个人支付的，由参保个人直接与定点医疗机构结算。

**第七条** 参保人员门（急）诊就医按以下规定办理：

（一）职工医保。

1. 持本人社会保障卡等有效证件到定点医疗机构就诊；符合享受门诊特殊慢性病医疗待遇条件的参保人员还应持本人门诊特殊慢性病治疗卡等有效证明就诊。

2. 在定点医疗机构门（急）诊发生的医疗费用由个人账户支付，个人账户余额不足由个人现金支付。

3. 在定点医疗机构发生门诊特殊慢性病和门诊特殊检查、特殊治疗的医疗费用按规定比例支付。

（二）居民医保。

1. 持本人社会保障卡等有效证件在本人选定的门诊医疗统筹定点医疗机构就诊；符合享受门诊特殊慢性病医疗待遇条件的参保人员还应持本人门诊特殊慢性病证明就诊。

2. 在本人选定的门诊医疗统筹定点医疗机构发生的门诊医疗费用，由门诊医疗统筹和个人按规定比例支付，超过门诊医疗统

筹年度限额支付以上部分的医疗费用由个人支付。在非本人选定的定点医疗机构门诊发生的医疗费门诊医疗统筹不予支付。

3. 在定点医疗机构发生门诊特殊慢性病的医疗费用按规定支付。

**第八条** 参保人员住院就医按以下规定办理：

（一）定点医疗机构应当严格执行卫生计生行政部门规定的住院治疗条件标准。符合住院条件的，由定点医疗机构按规定为参保人员开具住院单，办理住院手续。不符合住院条件住院发生的医疗费，基本医疗保险基金不予支付。

参保人员出院后 14 天内，不能因同一种疾病再次住院；如因病情变化确需在 14 天内再次住院治疗的，由定点医疗机构报社会保险经办机构备案。不经备案的，社会保险经办机构按分解住院拒付相关费用。

（二）参保人员办理入院手续时，应凭本人社会保障卡等有效证件、住院单办理住院手续。本人不提供社会保障卡（遗失或损坏补办的除外）的，其住院治疗发生的医疗费用基本医疗保险基金不予支付。

（三）定点医疗机构应在 24 小时内将新入院参保人员的基本情况录入医疗保险信息系统。

（四）参保人员住院治疗期间，不得向经治医师提出不合理的治疗、用药要求。

（五）定点医疗机构要做到合理检查，合理用药，对症施治，

并及时、准确、真实的向参保人员提供住院日费用清单和住院医疗费用结算清单。

（六）参保人员应当入住定点医疗机构接受系统治疗，禁止挂空床住院。

（七）定点医疗机构应及时为符合出院条件的参保人员办理出院手续，无故拖延住院时间发生的医疗费用，基本医疗保险基金不予支付。符合出院条件、参保人员拒不出院的，从定点医疗机构通知其出院之日起，停止享受基本医疗保险住院医疗待遇；定点医疗机构负责将有关情况通知社会保险经办机构。

（八）参保人员出院时，定点医疗机构不得超量开药，不得列开检查、化验、治疗等诊疗项目带出院，否则基本医疗保险基金不予支付。

（九）社会保险经办机构仅结算参保人员入住定点医疗机构的医疗费用，严禁将其他定点医药机构的医疗费用和入住定点医疗机构的医疗费用一并结算。

（十）符合享受门诊特殊慢性病医疗待遇的参保人员住院治疗期间，停止享受门诊特殊慢性病医疗待遇；出院时，没有携带门诊特殊慢性病治疗用药的，从住院医疗费用结算次日起恢复享受门诊特殊慢性病医疗待遇；携带门诊特殊慢性病治疗用药的，根据携带治疗用药量的天数，确定恢复享受门诊特殊慢性病医疗待遇的日期。

（十一）参保人员住院期间，停止享受门诊医疗待遇；参保

人员从住院医疗费用结算次日起恢复享受门诊医疗待遇。

**第九条** 参保人员异地就医（转院）住院发生符合基本医疗保险支付范围的医疗费按以下规定办理：

（一）转院治疗。定点医疗机构因限于技术和设备条件，对难以确诊和治疗的参保人员，应遵循“患者安全、分级诊疗、逐级就近”和“先统筹地区内后统筹地区外，先自治区内后自治区外”的原则进行转诊转院。

1. 转院的条件范围。

- （1）原就医定点医疗机构难以确诊的疾病；
- （2）原就医定点医疗机构难以治疗的疾病；
- （3）综合性定点医疗机构接诊后按规定需转院转诊的传染病、精神病等专科疾病；
- （4）符合卫生计生部门分级诊疗有关规定的疾病。

2. 转院手续。

（1）参保人员在统筹地区内定点医疗机构之间转院的，不需经过社会保险经办机构办理备案手续，但应当在结清原住院定点医疗机构发生的医疗费用后再转院。

（2）参保人员转到统筹地区外就医的，由统筹地区社会保险经办机构指定的定点医疗机构出具转院证明，参保人员凭转院证明到社会保险经办机构办理备案手续。

3. 转院时效。

- （1）参保人员应当从定点医疗机构出具转院证明之日起5个

工作日内到社会保险经办机构办理备案手续，超过办理转院备案期限的，应当重新出具转院证明。

(2) 转院治疗从社会保险经办机构办理转院备案之日起3个月内有效；如转院治疗超过3个月的，凭医疗机构继续治疗的疾病证明，到社会保险经办机构重新办理转院备案。

4. 报销比例。经社会保险经办机构同意转到统筹地区外自治区内、自治区外住院的，在参保地住院治疗报销比例的基础上，基金报销比例分别降低5%、10%；未经同意转院的，基金报销比例分别降低15%、20%。

(二) 长期跨统筹地区就医（住院）。是指参保人员长期（3个月以上）跨统筹地区异地就业或异地居住就医的情形。

1. 办理备案。参保人员可选择3家工作地或居住地的基本医疗保险定点医疗机构作为就医（住院）定点，并向参保地社会保险经办机构办理备案。

2. 报销比例。经参保地社会保险经办机构办理备案在统筹地区外自治区内、自治区外住院的，按参保地住院治疗报销比例执行；未经备案的，基金报销比例分别降低15%、20%。

3. 符合职工基本医疗保险异地安置在广西区域外的退休人员，经本人申请，可以将个人账户资金划转给个人，供门诊就医、购药时使用。

(三) 短期跨统筹地区就医（住院）。是指参保人员跨统筹地区异地居住、探亲、旅游等不超过3个月的情形。

1. 办理备案。参保人员因急诊住院的，应当在入院治疗5个工作日内向社会保险经办机构办理备案手续。

2. 报销比例。经社会保险经办机构备案后在统筹地区外自治区内、自治区外住院的，按参保地住院治疗报销比例执行；逾期或未经备案的，基金报销比例分别降低15%、20%。

**第十条** 参保人员办理异地就医备案手续后，基本医疗保险基金原则上不再支付在参保地定点医疗机构就医发生的医疗费用，因故在参保地急诊住院治疗并报社会保险经办机构备案的除外。

**第十一条** 参保人员返回参保地，应及时向社会保险机构变更或取消备案，从变更或取消备案之日起恢复享受参保地基本医疗保险待遇，不再享受异地就医（住院）基本医疗保险待遇。

**第十二条** 参保人员或者其他个人在就医或购药过程中有下列行为之一的，按《中华人民共和国社会保险法》第八十八条规定处理，并暂停社会保障卡使用和暂停享受基本医疗保险待遇1-6个月：

（一）将本人社会保障卡出借给他人使用，或者通过有偿转让诊疗凭证或者结算单据，进行基本医疗保险费用结算的；

（二）冒用他人社会保障卡或者伪造、变造基本医疗保险凭证，进行基本医疗保险费用结算的；

（三）通过重复就诊或者伪造、变造、涂改病史、处方、报销凭证、账目、医疗费用单据等方式，骗取或者超量配取药品，



进行基本医疗保险费用结算的；

（四）变卖由基本医疗保险基金结算药品的；

（五）挂空床住院的；

（六）其他骗取基本医疗保险基金的行为。

**第十三条** 本办法自 2017 年 7 月 1 日起施行。原我厅有关基本医疗保险就医管理文件同时废止。今后国家、自治区有新规定的，从其规定。

本办法由广西壮族自治区人力资源和社会保障厅负责解释。

公开方式：主动公开