

关于重新印发《桂林市城镇职工基本医疗保险费用结算办法》的通知

2016-11-01 17:37 (来源:市人社局)

市人社发〔2013〕15号

桂林市人力资源和社会保障局 关于印发《桂林市城镇职工基本医疗保险 费用结算办法》的通知

各县、区人力资源和社会保障局，各有关单位：

为适应我市城镇职工基本医疗保险实施市级统筹的需要，根据《桂林市人民政府关于印发桂林市城镇职工基本医疗保险暂行规定的通知》（市政〔2011〕122号）第五条第（二）项规定，我局对《桂林市城镇职工基本医疗保险费用结算办法》（市政办〔2001〕19号）进行了修改完善，现印发给你们，请遵照执行。

2013年1月14日

桂林市城镇职工基本医疗保险

费用结算办法

为进一步做好桂林市城镇职工基本医疗保险费用结算工作，根据《桂林市城镇职工基本医疗保险暂行规定》（市政〔2011〕122号），制定本办法。

一、原则

桂林市城镇职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）费用结算，遵循“保障合理诊疗，建立制约机制，提高质量效益，实现收支平衡”的原则。有利于保障参保人员的基本医疗权益，保证统筹基金收支平衡，规范医疗服务行为，提高职工医保的社会化管理服务水平。

二、范围

凡属职工医保基金和大额医疗救助资金支付的医疗费用，全部纳入结算范围。

三、方式

职工医保医疗费用结算实行月结算和年度结算相结合，由职工医保经办机构（以下简称经办机构）与职工医保定点医疗机构和定点零售药店（以下简称“两定机构”）直接结算。

（一）月结算

每月经办机构审核两定机构的医疗费用和记账人次后，按应支付金额的90%做月结算，预留10%作为质量保证金，

年终按医疗服务质量考核结果予以支付。

1. 定点医疗机构门诊医疗费用和定点零售药店购药费用结算

定点医疗机构门诊医疗费用和定点零售药店购药费用结算按以下方式计算：

门诊及药店购药月费用暂付额 = (月职工医保费用记帐总额 - 月不合理费用) × 90%

2. 定点医疗机构住院费用结算

定点医疗机构住院费用结算采取普通病种定额结算、单病种结算、特约病种结算、床日费用结算以及项目付费等多种方式（见附件一～附件六）。除项目付费外其余结算方式都设置相应的住院医疗费用平均定额结算标准（以下简称定额标准），各定额标准依据结算病种的不同、医疗费用的高低来设置，每年经办机构与定点医疗机构签订服务协议时作具体说明。

(1) 月住院费用核算总额 = 月核定出院人次 × 定额标准

(2) 月费用暂付额

① 当月实际发生的职工医保费用达到或超过月住院费用核算总额时：

月费用暂付额 = (月住院费用核算总额 - 月个人自付的职工医保费用总额 - 月不合理费用) × 90%

月超支额=月实际发生的职工医保费用一月住院费用核算总额

②当月实际发生的职工医保费用低于月住院费用核算总额时:

月费用暂付额=(月实际发生的职工医保费用一月个人自付的职工医保费用总额一月不合理费用)×90%

月节余额=月住院费用核算总额一月实际发生职工医保费用

每月节余额和超支额在年度结算时再统一累计结算。

3. 大额医疗救助资金支付费用按以下方式结算

大额医疗救助月暂付额=(大额医疗救助金月记帐总额一月不合理费用)×90%

(二) 年度结算

1. 年终汇总各定点医疗机构月结算各结算方式的超支额和节余额,按以下方式进行计算,并综合医疗服务质量考核结果予以拨付。

(1) 年度节余:当年各月节余总额大于或等于当年各月超支总额的核定为年度节余

年度总节余额=当年各月节余总额-当年各月超支总额

年度总节余额按 70%给予偿付;年度结算时,在年度累计总结算标准定额内的各月超支部分按实际拨付;

(2) 年度超支：当年各月节余总额小于当年各月超支总额的核定为年度超支

年度总超支额=当年各月超支总额-当年各月节余总额

年度总超支额不予偿付；年度结算时，当年各月节余总额按实际拨付。

2. 年终进行综合医疗服务质量考核，根据考核结果，支付质量保证金。

3. 月结算时扣除的不合理费用年度结算时不予支付。

四、定额标准

(一) 定额标准。以本市同级同类医院前2年实际发生的出院参保患者平均职工医保费用（平均床日费×平均住院日）为基数，结合医院等级、病种结构、医疗服务质量考核结果、物价指数变动、医疗收费标准调整、医院收入的总量控制指标等有关影响因素，各经办机构与定点医疗机构协商核定后，报市、县社会保险行政部门备案，县级经办机构还需报市级经办机构备案；市级经办机构将各县级经办机构资料汇总后，另报市社会保险行政部门备案。原则上每年调整一次。

(二) 核定年度住院总人次。按参保患者每100门（急）诊人次应入院人次的比率确定，一年一定。实际比率低于标准比率时，按实际住院人次计算；实际比率高于标准比率时，

超出部分，年终视职工医保统筹基金当年可支付住院费用的能力情况，实行期后定额结算，即将统筹基金可用量除以发生额，按得到的比率给予结算。

五、审核结算程序

（一）定点医疗机构每月 15 日前将上月医疗费用拨付审核表、出院费用报表、出院参保患者医疗费用结算单等有关报表报送经办机构进行审核，在 45 个工作日内按规定审核并扣除不合理费用结算完毕后，将上月应支付医疗费用的 90% 划拨给定点医疗机构；经办机构未在规定的 45 个工作日内审核完毕的，即预付划拨上月医疗费用暂付额的 70% 给定点医疗机构，审核完毕后，按应划拨的医疗费用多退少补及时结清，以保证定点医疗机构的正常运转。

（二）定点零售药店每月 15 日前将上月参保患者在定点零售药店调剂药品的药费报表及处方报送经办机构审核，在 25 个工作日内经审核并扣除不合理费用结算完毕后，将上月应支付医疗费用的 90% 划拨给定点零售药店。

（三）次年二季度前，根据《桂林市基本医疗保险定点医疗机构医疗服务质量考核办法》对“两定机构”进行医疗服务质量考核，依据考核结果确定对职工医保医疗费用质量保证金的支付。

六、特殊医疗费用的结算

（一）市内转院医疗费用的结算

1. 转院前发生的医疗费用参保患者个人自付部分按有关规定办理。

转院前参保患者发生的职工医保医疗费用在定额标准80%以内的部分按实际发生费用结算；超过部分由其定点医疗机构承担。

2. 转院后发生的医疗费用，参保患者先将起付标准按转入定点医疗机构与转出定点医疗机构的差值补差，再按有关规定承担个人自付部分。如参保患者从本人选定的定点医疗机构转入非选定的定点医疗机构住院治疗，先自付3%后，再按上述办法办理。

经办机构与转入定点医疗机构的医疗费用结算，按住院的标准定额及有关规定办理。

（二）市外转院医疗费用的结算

1. 转院前发生的医疗费用按市内转院的有关规定办理。

2. 转院后发生的医疗费用先由参保患者垫付，然后按有关规定到参保地经办机构审核，符合职工医保统筹基金支付范围的合理医疗费用，参保患者先自付8%，再根据市三级定点医疗机构标准按比例报销。

（三）参保患者因患急危重症在市内非定点医疗机构就近住院抢救发生的医疗费用先由个人垫付，然后到参保地经办机构审核，符合职工医保统筹基金支付范围的合理医疗费用，按市内转非本人定点医疗机构住院规定执行，给予一次

性报销住院医疗费。

（四）参保患者因公、因私在市外急危重症住院的医疗费用，先由个人垫付，凭住院的相关材料到参保地经办机构经核实后按市外转院有关规定办理。

（五）在职工医保范围内的门诊大抢救，费用在 1000 元以上 6000 元以下的部分，凭有关医院的证明材料到参保地经办机构审核报销 70%。

（六）参保患者在市外住院先垫付医疗费用，不能提供完整、详细的费用清单的，经审核可按职工医保政策报销清单部分。

（七）参保患者经核准到市外医疗机构住院治疗，经参保地经办机构核实，确因在桂林市需住院手术治疗而在市外医疗机构只需门诊治疗或者在办理职工医保特定慢性病门诊医疗证之前的门诊恶性肿瘤放、化疗发生的医疗费用，可按市外转院有关规定审核报销。

（八）参保患者在市外医疗机构住院期间，因院方限于医疗技术、设备的原因，需转诊到其他医疗机构进行检查的，须由经治医师书面说明转诊原因（或医院的转诊证明），并经参保地经办机构核实，其院外发生检查费用可计入该次住院的医疗费用总额，并按职工医保有关规定结算。

（九）连续住院期间的院内转科病例只按一次住院计算。

七、参保患者跨年度住院的医疗费用结算

（一）定点医疗机构与参保患者的结算

1. 参保患者跨年度住院只算一次出院人次，定点医疗机构不得以任何理由要求不符合出院标准的参保患者出院并再次入院。

2. 住院次数及起付标准：以参保患者入院时间所在的年度计算住院次数，并核定起付标准。

3. 定点医疗机构应将参保患者上年 12 月 31 日前所发生的医疗费用按职工医保有关规定在每年元月 1 日前与患者结清，并将跨年度住院人员结算报表报送经办机构。

4. 新年度元月 1 日以后参保患者所发生的医疗费按职工医保有关规定记帐，不再支付起付标准。患者自付比例按新年度发生费用累加计算。参保人在新年度再次住院时，起付标准按新年度第一次住院核定。

（二）经办机构与定点医疗机构的结算

参保患者出院后，经办机构按一个出院人次定额标准与定点医疗机构进行结算，具体办法按普通住院有关规定执行。符合单病种、特约结算病种、项目付费等结算条件的住院医疗费用结算按有关标准和规定结算。

八、管理

（一）经办机构与“两定机构”签订协议时要明确结算原则、结算方式和标准以及结算周期，并按协议履行双方责

任和义务，协议须报同级社会保险行政部门备案。

（二）“两定机构”须建立医疗保险管理科（室）或相应的机构，并配备相应的人员和设施，负责核算参保患者的医疗费用，按有关规定与经办机构进行结算，并提供费用结算所需有关材料。

（三）定点医疗机构要按规定填写住院医疗费用清单（明细表），需参保患者自费的药品、服务项目要告知参保患者并注明“自费”标识，由参保患者或其代理人签名。参保患者出院时，定点医疗机构要与其结清属参保患者自付的职工医保医疗费用及已由参保患者或其代理人签名认可的非职工医保医疗费用。

（四）对不符合《桂林市城镇职工基本医疗保险转诊转院管理办法》规定的病例，其转诊转院后的医疗费用职工医保统筹基金不予支付。

（五）对于参保患者投诉“两定机构”不按职工医保有关规定结算，经核实确实不合理的；以及社会保险行政部门或经办机构检查发现“两定机构”违规结算的，职工医保统筹基金不予支付不合理费用。

九、 本办法自 2013 年 1 月 1 日起实施，市本级以及各县原有的相关规定同时停止执行。

抄送：自治区人力资源和社会保障厅，市政府办。

市财政局、卫生局、审计局。

抄发：市社会医疗保险管理中心。

桂林市人力资源和社会保障局办公室 2013 年 1 月 14 日印
发