

晋城市医疗保险事务中心

晋市医保险发〔2021〕5号

晋城市医疗保险事务中心 关于做好职工门诊慢性病外购药品和异地门诊 慢性病费用结算工作的通知

各县（市、区）医保经办机构、市直定点医疗机构：

为保障职工门诊慢性病外购药品和异地门诊费用报销待遇，按照市医保局《关于进一步完善城镇职工医疗保险门诊大额疾病制度的通知》（晋市医保发〔2019〕58号）“参保职工除在各门诊慢性病定点医疗机构享受费用直接结算待遇外，也可选择在我市门诊慢性病定点医疗机构开具处方，持处方到我市各定点药店购药，相关费用由个人先行垫付，原则上每半年为一个费用报

销期，持本人费用收据、处方、慢性病诊疗卡、社保卡复印件到开具门诊慢性病处方的医疗机构报销”的规定，结合我市实际，现就做好相关工作通知如下：

一、工作目标

医保经办机构按期向所辖门诊慢性病定点医疗机构预拨费用，用于医疗机构向参保患者结算外购药品（患者在我市定点零售药店购买药品）费用，缓解医疗机构资金垫付压力，确保参保人员按期享受外购药品费用报销待遇；医疗机构逐步提高慢性病药品备药率（外购药品费用一般不超过医疗机构门诊慢性病购药总费用的10%，超出部分将在年终清算时扣除），最大限度实现院内购药并即时结算，减轻患者垫支压力和跑腿麻烦。

二、外购药品费用预拨和清算

各医保经办机构要做好对所辖职工门诊慢性病定点医疗机构费用预拨工作，按照药店购药费用报销周期预拨费用（预拨时间原则上为每年6月和12月），预拨金额由各医保经办机构同定点医疗机构结合实际情况协商确定。

各医保经办机构对所辖定点医疗机构预拨的费用，于次年年度考核后，同医疗服务质量保证金一并清算。

三、异地门诊慢性病费用报销

异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作、转诊转院等

参保人员发生的符合规定的门诊慢性病费用，由个人先行垫付，原则上每半年报销一次，持费用收据、检查报告单、处方、慢性病诊疗卡、社保卡复印件到指定医疗机构或参保地医保经办机构报销。

四、工作要求

1. 各医保经办机构要充分征求医疗机构意见，科学测算预拨金额，并在规定时间内将资金及时拨付到位。

2. 各定点医疗机构、医保经办机构要在每年7月、8月和次年1月、2月接收定点药店和异地门诊慢性病资料，在20个工作日内完成费用结算，及时将相关信息录入医保系统。

3. 各定点医疗机构要加强门诊慢性病费用的审核，严格核查处方、购药发票和药品配伍及用量，重点核查参保患者虚开、多开购药票据行为。定点医药机构或个人套取、骗取医保基金的，医保行政部门将按照国务院《医疗保障基金使用监督管理条例》有关规定处罚。

附件：《医疗保障基金使用监督管理条例》有关规定

晋城市医疗保险事务中心

2021年3月16日



附件：

《医疗保障基金使用监督管理条例》有关规定

第四十条 定点医药机构通过下列方式骗取医疗保障基金支出的，由医疗保障行政部门责令退回，处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款；责令定点医药机构暂停相关责任部门6个月以上1年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务，直至由医疗保障经办机构解除服务协议；有执业资格的，由有关主管部门依法吊销执业资格：

（一）诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据；

（二）伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料；

（三）虚构医药服务项目；

（四）其他骗取医疗保障基金支出的行为。

第四十一条 个人有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正；造成医疗保障基金损失的，责令退回；属于参保人员的，暂停其医疗费用联网结算3个月至12个月：

（一）将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用；

（二）重复享受医疗保障待遇；

（三）利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益。

个人以骗取医疗保障基金为目的，实施了前款规定行为之一，造成医疗保障基金损失的；或者使用他人医疗保障凭证冒名

就医、购药的；或者通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金支出的，除依照前款规定处理外，还应当由医疗保障行政部门处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款。

