

# 晋城市人力资源和社会保障局文件

晋市人社发〔2017〕64号

## 关于进一步完善城乡居民医疗保险制度的通知

各县（市、区）人力资源和社会保障局，市、县（市、区）医保经办机构，定点医疗机构，商业保险公司，各城乡居民参保人员：

根据《中共山西省委山西省人民政府关于印发〈山西省农村建档立卡贫困人口医疗保障帮扶方案〉的通知》（晋发〔2017〕44号）、《山西省人民政府关于进一步完善城乡居民医疗保险政策的通知》（晋政发〔2017〕36号）、《山西省人力资源和社会保障厅 山西省财政厅关于做好2017年全省医疗保险工作的通知》（晋人社厅发〔2017〕53号）、《晋城市人民政府办公厅关于印发晋城市城乡居民基本医疗实施办法（试行）的通知》（晋市政办〔2017〕32号）、《晋城市人力资源和社会保障局关于印发〈晋

城市城乡居民基本医疗保险参保缴费管理办法》和《晋城市城乡居民基本医疗保险就医管理和费用结算办法》的通知》（晋市人社发〔2017〕37号）、《晋城市人力资源和社会保障局关于启用城乡居民基本医疗保险信息系统相关事项的通知》（晋市人社发〔2017〕55号）等文件精神，就进一步完善城乡居民医疗保险制度，做好我市城乡居民基本医疗保险制度整合工作，确保原新农合、城镇居民医保政策和城乡居民医保政策稳步衔接，通知如下：

## 一、执行统一的医保目录

根据《山西省城镇职工基本医疗保险药品目录》、《山西省城镇职工基本医疗保险诊疗项目目录》、《山西省城镇职工基本医疗保险医疗服务设施项目范围》，统一“三个目录”执行范围及标准，并按照我省目录变更情况及时调整。乙类药品自付5%，丙类药品全额自付；国产及合资材料自付10%，进口材料自付20%，大型设备检查自付10%。对临床紧急抢救与特殊疾病治疗的特殊用药，严格按照新的药品目录规定执行。

新的药品目录自2017年10月起执行，原新农合和原城镇居民医保规定的项目限价和目录外用药范围及支付标准政策不再执行。

## 二、执行统一的待遇支付标准

### （一）住院医疗待遇支付标准

按照保障适度、收支平衡的原则，统一城乡居民医保住院待

遇支付标准，实行起付标准和最高支付限额控制，起付标准以上政策范围内住院医疗费用，根据医疗机构收费类别及等级由统筹基金按比例支付，一个保险年度内城乡居民基本医疗保险统筹基金最高支付限额为 10 万元。具体起付标准和支付比例如下表：

医疗机构	三类收费标准 (二级乙等及以下)	二类收费标准 (三级乙等及二级甲等)		一类收费标准 (三级甲等)	
		县级	省、市级	省、市级	省外
起付标准	100 元	400 元	500 元	1000 元	1500 元
支付比例	85%	75%	70%	60%	55%

备注：城乡居民按规定转市外省内医院住院的，按以上标准结算；按规定转省外就医的，一律按起付标准 1500 元、支付比例 55% 的标准结算。

参保城乡居民一个保险年度内第一次住院起付标准由个人自理，第二次及以上住院起付标准由个人负担 50%。

转市域外医疗机构就医的，须经参保地医保经办机构备案，未办理备案手续的，支付比例在原有基础上降低 10%。

参加城乡居民基本医疗保险的育龄妇女，凡符合国家和我省政策规定发生的生育医疗费用，除中央农村孕产妇住院分娩补助项目外，由城乡居民基本医疗保险基金在以下限额标准内支付：自然分娩 600 元；剖腹产 1500 元；生育多胞胎的，每增加 1 胎统筹基金限额在上述标准基础上增加 300 元，相关医疗费用在各定点医疗机构直接结算。

## (二) 实行单病种分级诊疗制度

按照《晋城市医疗保险管理中心关于实行单病种分级诊疗的

通知》(晋市医保字〔2017〕15号),对急性上呼吸道感染、细菌性肺炎等100种发病率较高、治疗方法相对成熟、疗效确切、费用相对稳定的疾病实行按病种分级诊疗付费,充分发挥医保支付杠杆作用,引导城乡居民逐级就诊。根据医疗机构收费类别及等级设置相应的医疗总费用限额标准,病种限额标准以内符合政策规定的医疗费用,统筹基金按照我市各级各类定点医疗机构现行住院起付标准和比例支付,超过病种限额标准的医疗费用由定点医疗机构承担。

### (三) 建立重大疾病保障机制

#### 1.22 类重大疾病住院政策

将肺癌、食道癌、结肠癌、直肠癌、胃癌、急性心肌梗塞、儿童白血病、儿童先心病、重性精神疾病、乳腺癌、宫颈癌、终末期肾病、I型糖尿病、甲亢、脑梗死、唇腭裂、血友病、艾滋病机会性感染、耐多药肺结核、儿童尿道下裂、儿童先天性巨结肠、儿童先天性肥厚性幽门狭窄22类疾病纳入城乡居民重大疾病救治范围。其中参保贫困家庭儿童中1-14周岁(含14周岁)患有先天性心脏病住院的医疗费用,由城乡居民医保基金支付70%,由慈善基金会补助30%,实行免费救治;其余21类重大疾病住院医疗费用和普通参保儿童患有先天性心脏病住院的医疗费用,由城乡居民医保基金支付70%,符合救助条件的患者(包括最低生活保障对象、重度残疾人、五保户、困境儿童等)由民政部门医疗救助基金补助20%。重大疾病参保患者在指定医疗机

住院治疗，实行按病种付费管理，病种限额范围内发生的医疗费用在指定的定点医疗机构直接结算，不需到参保地医保经办机构办理备案手续，超出限额标准的医疗费用由定点医疗机构承担。

城乡居民终末期肾病参保患者 2017 年 10 月 16 日后发生的医疗费用统一按如下政策报销：1. 血液透析费用在医疗机构直接结算，限额范围内按 70% 的比例报销，超过限额标准的费用由定点医疗机构负担；2. 腹膜透析使用透析液、碘伏帽等的相关费用在医疗机构直接结算，限额范围内按 70% 的比例报销，超过限额标准的费用由定点医疗机构负担；3. 门诊检查费、治疗费和药品费纳入门诊大额疾病管理，在限额范围内按 60% 的比例报销。原城镇居民终末期肾病患者未申请门诊大额疾病的，向本人透析所在医疗机构医保科提供二年内住院病历复印件，填写《门诊大额疾病申请表》即可，医疗机构完善表格内容后统一向医保经办机构报送，医保经办机构在受理后 15 日内做出鉴定结论，符合条件的患者 2017 年 10 月 16 日以后的门诊医疗费用纳入门诊大额疾病支付。原《晋城市人力资源和社会保障局关于调整城镇居民医疗保险尿毒症门诊透析待遇水平和结算办法的通知》（晋市人社发〔2014〕53 号）自 2017 年 10 月 16 日起不再执行。

## 2. 苯丙酮尿症待遇政策

参保农村居民 2017 年度前已患有儿童苯丙酮尿症的，原新农合政策执行至 2017 年 12 月 31 日；原城镇居民参保患者和 2017 年 4 月 1 日起新确诊的苯丙酮尿症原新农合参保患者，按照省人

社厅《关于调整部分特殊疾病医保待遇的通知》(晋人社厅发〔2017〕23号)文件执行。

### 3.20 类疾病患者使用昂贵医保药品待遇政策

按照《山西省人力资源和社会保障厅关于规范部分价格昂贵医保药品使用管理的通知》(晋人社厅发〔2017〕99号),乳腺癌、慢性髓性白血病、胃肠间质瘤、肺癌、鼻咽癌、淋巴瘤、肝细胞癌、肾细胞癌、甲状腺癌、胃腺癌、胃食管结合部腺癌、多发性骨髓瘤、胰腺神经内分泌瘤、肾血管平滑肌脂肪瘤、前列腺癌、胃癌、血友病、高磷血症、黄斑病变、多发性硬症20类疾病患者,使用曲妥珠单抗、氟维司群、拉帕替尼、伊马替尼、达沙替尼、尼洛替尼、舒尼替尼、贝伐珠单抗、埃克替尼、吉非替尼、厄洛替尼、重组人血管内皮抑制素、尼妥珠单抗、利妥昔单抗、西达本胺、索拉非尼、阿帕替尼、硼替佐米、来那度胺、依维莫司、阿比特龙、重组人凝血因子VIIa、司维拉姆、碳酸镧、康柏西普、雷珠单抗、重组人干扰素 $\beta$ -1b等27种特殊药品治疗的费用纳入城乡居民医保门诊大额疾病管理(住院期间使用以上药品也需在门诊购药,不列入住院费用支付),符合医保支付标准和限定支付范围的费用由城乡居民医保统筹基金按50%的比例支付,药品费用由医保基金实际支付的金额计入年度城乡居民医保最高支付限额。具体操作办法另行制定,符合规定的参保患者自2017年10月1日起发生的费用纳入报销范围。

为保持政策的连续性,省人社厅《关于调整部分特殊疾病医

《待遇的通知》(晋人社厅发〔2017〕23号)涉及的药品(6种:伊马替尼、尼洛替尼、达沙替尼、舒尼替尼、曲妥珠单抗、氟维司群),支付比例、支付渠道、限额标准等仍执行原规定,符合规定的参保患者自2017年4月1日起发生的费用纳入城乡居民基本医疗保险报销范围。

#### (四) 新生儿“落地”参保享受待遇政策

从2017年7月1日起,取消原新农合新生儿随母亲、随父亲享受补偿政策,推行新生儿“落地”参保享受待遇制度,城乡居民新出生儿童在出生后6个月内,其监护人凭户口簿到户籍地卫生计生经办机构确定的乡镇(街道)劳动保障所或其他代办点办理参保缴费手续后,即可享受当年度城乡居民基本医疗保险待遇。

为确保政策有序衔接,2016年11月1日以后出生的,属于原新农合新生儿随母亲、随父亲享受补偿政策范围的儿童,未在出生后6个月内参保缴费的,仍可享受新生儿“落地”参保政策。在2017年底前办理参保缴费后,自2016年11月1日至2017年12月31日发生的住院医疗费用纳入报销。

#### (五) 住院期间外出检查政策

参保患者住院期间,因病情治疗需要到其他医疗机构进行检查的,需填写《住院期间外出检查备案表》,经所住医院主管医师、医保科长签字同意后,方可外出检查。但仅限在与所住医疗机构签约的我市范围内1-2家定点医疗机构检查,检查费用不与

住院费用一并核算，由所住院医院列入信息系统中“院外检查项目”模块，一类收费标准医疗机构按 50% 给予报销，其余 50% 由个人自付，二类收费标准及以下医疗机构按 60% 给予报销，其余 40% 由个人自付，在所住医疗机构直接结算。相关检查费用不计入本人该次住院费用（该费用不在住院发票中体现），报销额计入该医疗机构年度统筹支付额。院外检查报告单归入住院病历，外出检查发票由所住医院留存，作为同医保经办机构结算凭证，院外检查作为住院费用的一部分和住院费用一并同医保经办机构结算。

#### （六）医疗康复项目医疗保障待遇支付政策

按照《关于将部分医疗康复项目纳入基本医疗保障范围的通知》（卫农卫发〔2010〕80号）和《关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保障支付范围的通知》（人社部发〔2016〕23号）文件规定，将运动疗法、偏瘫肢体综合训练、脑瘫肢体综合训练、截瘫肢体综合训练、作业疗法、认知知觉功能障碍训练、言语训练、吞咽功能障碍训练、日常生活能力评定、康复综合评定、吞咽功能障碍检查、手功能评定、平衡试验、平衡训练、表面肌电图检查、轮椅技能训练、耐力训练、大关节松动训练、徒手手功能训练、截肢肢体综合训练、小儿行为听力测试、孤独症诊断访谈量表（ADI）测评、日常生活动作训练、职业功能训练、精神障碍作业疗法训练、减重支持系统训练、电动起立床训练、儿童听力障碍语言训练、言语能力训练 29 项医疗康复项目纳入基本



医疗保障范围，按照规定的范围和标准支付。

### （七）外伤住院调查政策

外伤参保患者在我市定点医疗机构住院时，由医疗机构负责办理外伤住院调查，调查范围、程序、费用结算等按照《晋城市医疗保险管理中心关于调整城镇职工、居民参保病人外伤住院调查办法的通知》（晋市医保字〔2014〕25号）规定执行。外伤住院参保患者因特殊情况在本市非定点医疗机构或晋城市外医疗机构就医的，由参保地医保经办机构负责外伤调查和医疗费用结算。

原城镇居民医疗保险在校学生意外伤害门诊待遇政策不再执行。

### （八）提高大病保险待遇水平

1. 参保人员因患大病住院或门诊大额疾病治疗发生的医疗费用，经城乡居民基本医疗保险按规定支付后，政策范围内的个人自付费用超过1万元以上部分进入大病报销，年度内最高支付限额为40万元。

2. 取消大病保险分段补偿办法，将大病保险支付比例统一提高到75%。

3. 二次补偿：为有效避免和减少“家庭灾难性医疗支出”导致的城乡居民因病致贫返贫，住院医疗费用由城乡居民大病保险基金按规定支付后，个人自付仍然超过5万元以上的政策范围内费用，再按50%的比例给予支付。

医疗保障范围，按照规定的范围和标准支付。

### （七）外伤住院调查政策

外伤参保患者在我市定点医疗机构住院时，由医疗机构负责办理外伤住院调查，调查范围、程序、费用结算等按照《晋城市医疗保险管理中心关于调整城镇职工、居民参保病人外伤住院调查办法的通知》（晋市医保字〔2014〕25号）规定执行。外伤住院参保患者因特殊情况在本市非定点医疗机构或晋城市外医疗机构就医的，由参保地医保经办机构负责外伤调查和医疗费用结算。

原城镇居民医疗保险在校学生意外伤害门诊待遇政策不再执行。

### （八）提高大病保险待遇水平

1. 参保人员因患大病住院或门诊大额疾病治疗发生的医疗费用，经城乡居民基本医疗保险按规定支付后，政策范围内的个人自付费用超过1万元以上部分进入大病报销，年度内最高支付限额为40万元。

2. 取消大病保险分段补偿办法，将大病保险支付比例统一提高到75%。

3. 二次补偿：为有效避免和减少“家庭灾难性医疗支出”导致的城乡居民因病致贫返贫，住院医疗费用由城乡居民大病保险资金按规定支付后，个人自付仍然超过5万元以上的政策范围内费用，再按5.0%的比例给予支付。

4. 提高困难人群报销比例。最低生活保障对象、重度残疾人（Ⅰ级、Ⅱ级）、五保户、困境儿童参加城乡居民基本医疗保险的，大病保险起付标准降低至5000元，医保支付比例在原支付比例基础上提高3个百分点。

5. 大病保险与基本医疗保险同步即时结算，进一步减轻参保患者的垫支负担。

6. 按照《山西省人力资源和社会保障厅 山西省财政厅关于做好2017年全省医疗保险工作的通知》（晋人社厅发〔2017〕53号）规定，在城乡居民医保制度整合过渡期间，参保患者经基本医保和大病保险报销后，合规报销金额低于制度整合前待遇的由承保的商保公司补足，确保城乡居民医保制度整合后，群众保障待遇不降低。

#### **（九）落实建档立卡贫困人口“三保险”医疗帮扶政策**

从2017年7月1日起，对全市农村建档立卡贫困人口实施“三保险”（即基本医疗保险、大病保险、补充医疗保险）医疗保障帮扶政策。各医保经办机构、定点医疗机构、商业保险机构对建档立卡贫困人口已报销的医疗费用，低于省委省政府（晋发〔2017〕44号）文件规定标准的，差额部分必须在2017年12月31日前补足。

1. 省内住院医保目录内费用实行“兜底保障”，在县域内、市级、省级住院，个人年度自付封顶线分别为1000元，3000元，6000元。

2. 大病保险起付标准由 10000 元降低至 5000 元，支付比例由 75% 提高至 78%。

3. 省内住院医保目录外费用由“补充医疗保险”报销，严格控制医保目录外费用占总费用的比例，县域内医疗机构不超过 15%，市级医疗机构不超过 20%，省级医疗机构不超过 30%，超出控制比例的费用均由医疗机构承担；目录外控制比例范围内的费用，由补充医疗保险按 85% 的比例给予报销，其余均由个人承担。

4. 建档立卡贫困人口在我市二级定点医疗机构住院，支付比例提高 5 个百分点。

5. 农村建档立卡贫困人口患有肺癌、食道癌等 22 类重大疾病住院时，按以上标准享受待遇，不执行 22 类重大疾病待遇政策，但原政策规定的病种限额仍然执行，超过限额部分的费用，由定点医疗机构承担。

6. 参保的建档立卡贫困对象孕产妇在县域内定点医疗机构住院剖宫产或在省、市级医疗机构生育发生的住院医疗费用，按以上标准享受待遇。在县域内定点医疗机构住院自然分娩，实行单病种限额（乡级限额 900 元，县级限额 2200 元）结算管理，除中央农村孕产妇住院分娩补助项目外，限额标准以内的费用由城乡居民基本医疗保险基金支付，超出部分由医疗机构承担，相关医疗费用在各定点医疗机构直接结算。

### 三、执行统一的待遇支付程序

#### （一）简化住院手续

参保城乡居民可在我市范围内所有定点医疗机构住院，并在医疗机构直接结算医疗费用。需持社会保障卡（没有卡的人员尽快到参保地县（市、区）人社局信息中心办理）、身份证（没有办理身份证的未成年人可提供户口簿）在入院后三个工作日内办理医保住院备案手续，无需提供医保证、低保五保证、残疾证等其他身份证明资料。各定点医疗机构按照系统标识的人员类别操作，让各类参保人员享受相应的医疗保险待遇。

到我市以外的省内异地医疗机构或省外异地医疗机构就医的，需在我市二级以上定点医疗机构办理《晋城市基本医疗保险转诊转院备案表》，由定点医疗机构（二级及以上）科室填写转院理由，加盖医疗机构印章，到参保地医疗保险经办机构备案后方可转院就医。参保患者可在定点医疗机构或参保地医保经办机构查询社保卡状态是否正常（是否开通社保卡、是否正常缴费、信息是否正确），跨省异地就医的还需在医保经办机构对社保卡进行出省检查。参保患者持身份证、社保卡、《晋城市基本医疗保险转诊转院备案表》到异地就医，可凭社保卡在异地医疗机构直接结算医疗费用。因系统故障等原因不能直接结算的，可持住院手续（包括发票、费用清单、出院证（诊断证明）、病历复印件）、社保卡复印件和《晋城市基本医疗保险转诊转院备案表》（此表背面的《转外就医协查通知书》需由所住医院填写并加盖印章）到参保地医保经办机构报销医疗费用。

## （二）实行定点医疗机构就医“一站式”直接结算

各医保经办机构、各承办城乡居民大病保险和补充保险的商业保险公司和各定点医疗机构要做好业务衔接。

各定点医疗机构要做好参保住院患者就医服务和直接结算工作。遵循先“基本医疗”后“大病保险”的待遇支付模式；建档立卡贫困人口遵循先“基本医疗”，后“大病保险”，再“兜底保障”，再“补充医疗保险”的待遇支付模式；实现定点医疗机构服务窗口“基本医保+大病保险+补充医疗保险”的“一站式”直接结算。

对转外就医患者，承办城乡居民大病保险和补充保险的商业保险公司要做好费用报销工作，自受理医疗费用资料之日起，在以下时限内必须完成审核报销：

1. 普通病案 15 日内完成；
2. 疑难病案 20 日内完成；
3. 需到异地调查的病案 30 日内完成；
4. 需报上级公司审批的重大病案 45 日内完成。

相关费用报销时限纳入年度考核，凡未按规定时限结算的，每发生一例扣 0.5 分。

**（三）合理引导参保患者逐级就医，积极推进异地就医直接结算**

1. 各医保经办机构在为参保患者办理转院备案手续时，要充分利用城乡居民医保结算平台“大数据”，合理引导参保患者逐级就医。

2. 异地安置人员原则上在选定的居住地医疗机构就医，因病

情危重确需到医技水平更好医疗机构就医的,凭其居住地选定的最高级别医疗机构出具的转院建议书即可转外就医,同时及时告知所属医保经办机构变更备案信息。

3. 转外就医的参保患者,一个年度内因相同疾病在同一医疗机构多次住院的(如癌症放化疗患者等),只需办理一次转院备案手续。未在异地直接结算的,到参保地医保经办机构报销医疗费用,第一次提供《晋城市基本医疗保险转诊转院备案表》原件和《转外就医协查通知书》原件(该通知书在《晋城市基本医疗保险转诊转院备案表》背面,需由所住医疗机构填写并加盖印章),第二次及以上使用《晋城市基本医疗保险转诊转院备案表》复印件和《转外就医协查通知书》原件(由所住医疗机构填写并加盖印章)。

已转入异地医疗机构就医的患者,因特殊原因需再次转其他医疗机构住院的,凭现住院医疗机构出具的转诊建议书即可转其他医疗机构就医,同时及时告知所属医保经办机构变更备案信息。

#### (四) 统一定点医疗机构服务管理,优化待遇支付审核结算程序

##### 1. 统一定点医疗机构管理

将原城镇居民医保和新农合定点医疗机构进行整合互认,统一整合为城乡居民基本医疗保险定点医疗机构,统一定点医疗机构管理办法,与市、县(市、区)医保经办机构签订服务协议后,悬挂全市统一样式的基本医疗保险定点医疗机构标牌。

## 2. 统一医疗费用结算模式

参保居民在我市定点医疗机构住院发生的医疗费用，出院时除需支付个人自负部分，应由城乡居民基本医疗保险、大病保险、补充医疗保险按规定支付的部分，由定点医疗机构先行记账，按照其所辖医保经办机构和商业保险公司申报结算。

## 3. 简化对定点医疗机构待遇支付结算程序和资料

医保经办机构对定点医疗机构审核结算应由统筹基金支付的费用时，医保经办机构审核人员按规定抽审参保患者的住院费用结算收据、出院证、病历、结算单、身份确认书等资料（一类收费标准医疗机构住院患者的费用结算收据和出院证，由医保科加盖“基本医保已报销”章后，交患者保存，医保经办机构不抽审）。结算资料齐全，并符合医保结算条件的，由医保经办机构填写《城乡居民参保人员住院资料核查表》，注明本次结算住院患者人次及金额、核查资料名称和数量等，医保经办机构审核人员、医疗机构负责人和医保科科长签字确认，加盖医保科印章。参保人员的住院费用结算收据和出院证（一类收费标准医疗机构除外）、病历、结算单、身份确认书等相关住院资料全部由医疗机构保存。医保经办机构仅留存《城乡居民参保人员住院资料核查表》、《城乡居民住院医疗费用结算汇总表》（该表须由医疗机构负责人、医保科科长和经办人签字，并加盖印章）、费用结算收据三种资料，并凭以上资料对医疗机构结算费用。

各定点医疗机构必须按规定妥善保存住院费用结算收据、出



院证、病历、结算单、身份确认书等资料，因保管不善造成资料缺失，或审核把关不严、弄虚作假造成医保基金损失的，医疗机构承担全部法律责任。

医保经办机构对定点医疗机构结算医疗费用，实行抽审制度（有条件的医保经办机构可全部审核），按照总人次抽取一定比例参保患者的住院病历、处方等进行审核，原则上按照不低于以下比例抽审：50人以下全部抽审；51-100人20%；101-200人15%；201-500人10%；501-1000人8%；1001-3000人6%；3001-5000人4%；5001-10000人2%；10000人以上1%。凡违反规定的医疗费用，一律按协议规定予以扣款。

#### （五）统一城乡居民医保相关表格

全市使用统一的晋城市基本医疗保险转诊转院备案表、身份核对通知书、外伤调查表、门诊大额疾病申请表等表格，表格名称统一为“晋城市医疗保险\*\*\*表”，不再标识“\*\*县（\*\*市）（\*区）医疗保险\*\*\*表”字样，样式、内容、大小一致，做到全市通用。相关表格将导入医保信息系统，各医保经办机构、定点医疗机构可随时下载，方便参保居民领取和使用。

#### 四、全面推进总额控制管理

对实行总额控制的医疗机构，结合次均统筹基金支付额度，按照以下标准确定待遇支付标准：

三类收费标准医疗机构2500元以下；二类收费标准医疗机构：2501-5500元；一类收费标准医疗机构：5501-8500元（以

上标准需要调整的，由市医保经办机构根据全市各类收费标准医疗机构医疗费用增减变化及医保基金收支情况调整)。其中二类收费标准的“市级”、“县级”医疗机构，按照《晋城市人力资源和社会保障局关于立即按新政策启动落实城乡居民基本医疗保险相关待遇的通知》(晋市人社发〔2017〕51号)确定的标准划

按照以收定支、收支平衡、略有节余原则，将扣除个人账户、门诊统筹、门诊大额疾病、转外就医、生育医疗、大病保险划拨基金等费用支出，市内区域调剂基金、风险调剂基金后的医保基金作为本辖区当年总额控制基数，在基数范围内合理确定本辖区各医疗机构总控制指标。

按照“总额预算、按月预拨、年终结算”模式向定点医疗机构结算费用，医保经办机构核定年度总额，分配月均额度，按月向定点医疗机构预拨月均额度90%的医疗费用，其余10%留作医保服务保证金，待年末考核后予以结算。在确定各医疗机构年度总额控制指标时，要结合医疗机构的级别、类别、服务范围、服务特色、有效服务量、近三年医疗费用、重复就诊率、重复住院次数和日常稽核结果等因素拟定年度总额控制初步方案，组织相关医疗机构进行协商沟通和谈判后确定控制指标。

为降低医疗机构因少数大额住院费用患者支出导致费用总额不足的风险，对医疗机构发生的单次住院费用超过上年度该医疗机构人次均住院费用3倍及以上的大额医疗费用，经审核后，

可从该医疗机构当年发生的住院医疗费用中核减，仍按项目付费原则上按项目付费人次应控制在该医疗机构上年度总住院人次的3%以内，对超过规定的人次发生的3倍及以上的大额医疗费用不予核减。

各医疗机构要严格把握入院指征，合理控制住院人次及次均统筹费用，不得以费用总额不足为由推诿住院患者，不得为控制次均统筹指标分解住院，各医保经办机构要将相关违规行为及处理方式列入协议内容，严格按照协议约定进行处理。

晋城市人力资源和社会保障局

2017年12月6日