

住院费用报销

指南地址: <http://lzlj.zwfw.gxzf.gov.cn/gxzwfw/transition/transToDetail.do?sxcode=11450206MB1874818N4452036030W02&webId=38>

事项版本: 6

温馨提示: 您所下载的文档版本有极小概率会滞后于网络版本。请核对事项版本号, 如发现滞后请半小时后再进行下载。

基础信息

| | | | |
|---------|---|----------|---|
| 事项名称 | 住院费用报销 | 事项类型 | 公共服务 |
| 实施主体 | 柳州市柳江区医疗保障局 | 实施主体性质 | 是 |
| 是否网办 | 是 | 年检或年审 | 不年检或年审 |
| 办理形式 | 窗口办理, 网上办理 | 办理进度查询途径 | 网上查询, 电话查询, 现场查询 |
| 办件类型 | 承诺件 | 行使层级 | 县级 |
| 办理公示 | 网上公示, 现场公示, 其他 | 公示地址 | 1. 网上查询: https://j.map.baidu.com/9a/kmb ; 2. 电话查询: 0772-7261186; 3. 现场查询: 柳州市柳江区行政审批局政务服务中心二楼医疗保障综合窗口(地址: 柳江区拉堡镇柳江大道2号九曲名邸6号楼) |
| 基本编码 | 452036030W02 | 实施编码 | 11450206MB1874818N4452036030W02 |
| 业务办理项编码 | 11450206MB1874818N4452036030W02 | 实施主体编码 | 11450206MB1874818N |
| 权力来源 | 无 | 委托部门 | 无 |
| 是否容缺受理 | 否 | 容缺时限 | 无 |
| 查询方式 | 1. 网上查询: https://j.map.baidu.com/9a/kmb ; 2. 电话查询: 0772-7261186; 3. 现场查询: 柳州市柳江区行政审批局政务服务中心二楼医疗保障综合窗口(地址: 柳江区拉堡镇柳江大道2号九曲名邸6号楼) | | |
| 行使内容 | 按照《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》、国务院《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》(国发〔2016〕3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》(桂人社发〔2017〕6号), 柳州市柳江区负责办理本区参保人的基本医疗保险医疗费用的手工报销工作。 | | |
| 权限划分 | 按照《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》、国务院《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》(国发〔2016〕3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》(桂人社发〔2017〕6号), 柳州市柳江区负责办理本区参保人的基本医疗保险医疗费用的手工报销工作。 | | |
| 审查方式及标准 | 审查方式(一) 书面审查。标准如下: 参保人员符合享受基本医疗保险待遇条件属基本医疗保险支付范围的住院医疗费用。审查方式(二) 系统查询。标准如下: 参保人员符合享受基本医疗保险待遇条件属基本医疗保险支付范围的住院医疗费用。 | | |

受理条件

参保人员符合享受基本医疗保险待遇条件属基本医疗保险支付范围的医疗费用。

办理地点

| 窗口名称 | 窗口电话 | 办理时间 | 办理地点 | 交通指引 | 地图定位 |
|-----------------------------|--------------|---|--|---|------------------------|
| 柳州市柳江区行政审批局政务服务中心二楼医疗保障综合窗口 | 0772-7261186 | 周一至周五：上午：9:00-12:00，下午：13:00-16:00（法定节假日除外） | 柳州市柳江区拉堡镇柳江大道37号九曲名邸6号楼二楼医疗保障综合服务窗口（地址：柳江区拉堡镇柳江大道2号九曲名邸6号楼）。 | 市区可乘坐10路、99路、71路至江城，往南步行约1公里（柳江区拉堡镇柳江大道2号九曲名邸6号楼） | 查看地图定位 |

办理流程

[点击查看办理流程图1](#) [点击查看办理流程图2](#)

| 办理环节 | 办理步骤 | 办理人员 | 办理时限（工作日） | 审查标准 | 办理结果 |
|-------|-------|------|-----------|--|-----------------------|
| 收件与受理 | 收件与受理 | 待遇股 | 1 | 1. 申请人是否符合申请条件2. 申请材料是否齐全、符合法定形式。 | 1. 予以受理；2. 不予受理并一次性告知 |
| 审查与决定 | 审查与决定 | 待遇股 | 18 | 待遇股同事根据费用明细清单和发票进行审核，再由符合岗同事复核，结算岗同事进行拨付制定，财务股同事进行拨付 | 1. 予以通过；2. 不予通过并一次性告知 |
| 颁证与送达 | 送达 | 待遇股 | 1 | <p style="text-align: center;">结果名称</p> <p style="text-align: center;">柳州市医疗保险医疗费用报销单据</p> | |

申请材料

| 材料名称 | 材料填写样本 | 来源渠道 | 纸质材料 | 材料类型 | 材料必要性 | 是否减免材料 | 受理标准 |
|--|--------|--------|------|--------|-------|--------|--|
| 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡（委托他人办理的，还需提供代办人身份证） | 无 | 政府部门核发 | 0份 | 原件和复印件 | 必要 | 否 | 1、确保是本人的医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；2、确保医保电子凭证或有效身份证件或社保卡真实有效。3. 委托他人办理的，还需提供代办人身份证原件或复印件一份。 |
| 医疗费用发票（发票丢失的，可提供发票存根复印件并加盖医疗机构财务章，同时签署承诺书） | 无 | 其他 | 0份 | 原件 | 必要 | 否 | 1、确保是本人的发票；2、确保此发票之前未报销过，不得重复报销；3、发票需真实有效；4、发票金额需与费用清单金额一致；5、发票丢失的，可提供发票存根复印件并加盖医疗机构财务章，同时签署个人承诺书。 |

| | | | | | | | |
|--|--------------|-------|----|----|----|---|--|
| 参保人本人银行账户 (如无法提供的,可提供参保人员直系亲属的银行账户及双方关系佐证材料或承诺书) | 无 | 其他 | 0份 | 无 | 必要 | 否 | 如无法提供本人的,可提供参保人员直系亲属的银行账户及双方关系证明或承诺书。 |
| 与医疗费用发票对应的费用结算清单 | 无 | 其他 | 0份 | 原件 | 必要 | 否 | 1、确保是本人的费用清单;2、确保此费用清单之前未报销过,不得重复报销;3、费用清单需真实有效,字迹清楚;4、费用清单金额需与发票金额一致。 |
| 急诊留观费用提供急诊诊断证明或急诊留观病历 | 无 | 其他 | 0份 | 原件 | 必要 | 否 | 确保是本人的急诊留观疾病证明及急诊留观病历需真实有效。 |
| 广西基本医疗保险医疗费用申报表 | 空白附件 样本附件 | 申请人自备 | 0份 | 原件 | 必要 | 否 | 1、参照广西城镇职工基本医疗保险医疗费用申报表(示例样表)填写信息完整;2、确保信息真实准确无误。 |
| 如涉及意外伤害的,需提供交警事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料复印件一份,无法提供的应填写意外伤害就医个人承诺书(承诺书原件) | 无 | 其他 | 0份 | 原件 | 必要 | 否 | 1.意外伤害就医个人承诺书的内容包括意外伤害发生的时间、地点、经过、就诊时间及医院;2.说明需签名;3.此说明为意外伤害就医时需要。 |
| 有诊疗经过描述的诊断证明或出院记录 | 无 | 其他 | 0份 | 原件 | 必要 | 否 | 确保是本人的医疗机构出具的有诊疗经过的诊断证明或出院记录,并且真实有效。 |

特别程序

无

收费标准

无

扩展信息

| | | | |
|----------|---|---------|---------|
| 是否进驻政务大厅 | 是 | 是否有联办机构 | 否 |
| 四办 | 网上办,一次办 | 审批结果类型 | 其他 |
| 审批结果名称 | 柳州市城镇职工医疗保险医疗费用报销单据 | 审批结果样本 | 样本1 样本2 |
| 网上办理深度 | 互联网咨询,互联网收件,互联网预审,互联网受理,互联网办理,互联网办理结果信息反馈,互联网电子证照反馈 | 改革方式 | 无 |

| | | | |
|-----------------|----------------------|-------------------|---|
| 中介服务 | 无 | | |
| 是否有数量限制 | 否 | 数量限制 | 无 |
| 数量限制情况说明 | 无 | | |
| 是否证照分离 | 无 | | |
| 是否网办 | 是 | 是否智能审批 | 否 |
| 是否代办、帮办 | 否 | 是否支持预约办理 | 否 |
| 是否支持网上支付 | 否 | 是否支持物流快递 | 是 |
| 送达付费方式 | 政府支付 | 是否支持自助终端办理 | 否 |
| 服务主题面向自然人事项主题分类 | 社会保障（社会保险、社会救助），医疗卫生 | 服务主题面向自然人地方特色主题分类 | 无 |
| 服务主题面向法人事项主题分类 | 社会保障, 医疗卫生 | 服务主题面向法人地方特色主题分类 | 无 |
| 是否承诺审批 | 否 | | |
| 行政复议 | 无 | | |
| 行政诉讼 | 无 | | |

设定依据

| | |
|--------|--|
| 法律法规名称 | 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 |
| 依据文号 | 桂人社发[2017]6号 |
| 条款号 | 全文 |
| 颁布机关 | 广西壮族自治区人力资源和社会保障厅 |
| 实施日期 | 2017-02-21 00:00:00.0 |
| | <p>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、法规和政策的有关规定，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</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| <p>设立依据1</p> <p>条款内容</p> | <p>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”的原则进行转院转院。 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院的传染病、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</p> |
|--------------------------|--|

| | | |
|--|--------|---|
| | | <p>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。</p> |
| | 法律法规名称 | 国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见 |
| | 依据文号 | 国发〔2016〕3号 |
| | 条款号 | 全文 |
| | 颁布机关 | 国务院 |
| | 实施日期 | 2016-01-12 00:00:00.0 |
| | | <p>各省、自治区、直辖市人民政府，国务院各部委、各直属机构： 整合城镇居民基本医疗保险（以下简称城镇居民医保）和新型农村合作医疗（以下简称新农合）两项制度，建立统一的城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）制度，是推进医药卫生体制改革、实现城乡居民公平享有基本医疗保险权益、促进社会公平正义、增进人民福祉的重大举措，对促进城乡经济社会协调发展、全面建成小康社会具有重要意义。在总结城镇居民医保和新农合运行情况以及地方探索实践经验的基础上，现就整合建立城乡居民医保制度提出如下意见。</p> <p>一、总体要求与基本原则 （一）总体要求。 以邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观为指导，认真贯彻党的十八大、十八届二中、三中、四中全会和习近平总书记系列重要讲话精神，落实党中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的要求，按照全覆盖、保基本、多层次、可持续的方针，加强统筹协调与顶层设计，遵循先易后难、循序渐进的原则，从完善政策入手，推进城镇居民医保和新农合制度整合，逐步在全国范围内建立起统一的城乡居民医保制度，推动保障更加公平、管理服务更加规范、医疗资源利用更加有效，促进全民医保体系持续健康发展。 （二）基本原则。 1. 统筹规划、协调发展。要把城乡居民医保制度整合纳入全民医保体系发展和深化医改全局，统筹安排，合理规划，突出医保、医疗、医药三医联动，加强基本医保、大病保险、医疗救助、疾病应急救助、商业健康保险等衔接，强化制度的系统性、整体性、协同性。 2. 立足基本、保障公平。要准确定位，科学设计，立足经济社会发展水平、城乡居民负担和基金承受能力，充分考虑并逐步缩小城乡差距、地区差异，保障城乡居民公平享有基本医保待遇，实现城乡居民医保制度可持续发展。 3. 因地制宜、有序推进。要结合实际，全面分析研判，周密制订实施方案，加强整合前后的衔接，确保工作顺畅接续、有序过渡，确保群众基本医保待遇不受影响，确保医保基金安全和制度运行平稳。 4. 创新机制、提升效能。要坚持管办分开，落实政府责任，完善管理运行机制，深入推进支付方式改革，提升医保资金使用效率和经办管理服务效能。充分发挥市场机制作用，调动社会力量参与基本医保经办服务。 二、整合基本制度政策 （一）统一覆盖范围。 城乡居民医保制度覆盖范围包括现有城镇居民医保和新农合所有应参保（合）人员，即覆盖除职工基本医疗保险应参保人员以外的其他所有城乡居民。农民工和灵活就业人员依法参加职工基本医疗保险，有困难的可按照当地规定参加城乡居民医保。各地要完善参保方式，促进应保尽保，避免重复参保。 （二）统一筹资政策。 坚持多渠道筹资，继续实行个人缴费与政府补助相结合为主的筹资方式，鼓励集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助。各地要统筹考虑城乡居民医保与大病保险保障需求，按照基金收支平衡的原则，合理确定城乡统一的筹资标准。现有城镇居民医保和新农合个人缴费标准差距较大的地区，可采取差别缴费的办法，利用2—3年时间逐步过渡。整合后的实际人均筹资和个人缴费不得低于现有水平。 完善筹资动态调整机制。在精算平衡的基础上，逐步建立与经济社会发展水平、各方承受能力相适应的稳定筹资机制。逐步建立个人缴费标准与城乡居民人均可支配收入相衔接的机制。合理划分政府与个人的筹资责任，在提高政府补助标准的同时，适当提高个人缴费比重。 （三）统一保障待遇。 遵循保障适度、收支平衡的原则，均衡城乡保障待遇，逐步统一保障范围和支付标准，为参保人员提供公平的基本医疗保障。妥善处理整合前的特殊保障政策，做好过渡与衔接。 城乡居民医保基金主要用于支付参保人员发生的住院和门诊医药费用。稳定住院保障水平，政策范围内住院费用支付比例保持在75%左右。进一步完善门诊统筹，逐步提高门诊保障水平。逐步缩</p> |

| | |
|--------------------------|---|
| <p>设立依据2</p> <p>条款内容</p> | <p>小政策范围内支付比例与实际支付比例间的差距。</p> <p>(四) 统一医保目录。 统一城乡居民医保药品目录和医疗服务项目目录, 明确药品和医疗服务支付范围。各省(区、市)要按照国家基本医保用药管理和基本药物制度有关规定, 遵循临床必需、安全有效、价格合理、技术适宜、基金可承受的原则, 在现有城镇居民医保和新农合目录的基础上, 适当考虑参保人员需求变化进行调整, 有增有减、有控有扩, 做到种类基本齐全、结构总体合理。完善医保目录管理办法, 实行分级管理、动态调整。</p> <p>(五) 统一定点管理。 统一城乡居民医保定点机构管理办法, 强化定点服务协议管理, 建立健全考核评价机制和动态的准入退出机制。对非公立医疗机构与公立医疗机构实行同等的定点管理政策。原则上由统筹地区管理机构负责定点机构的准入、退出和监管, 省级管理机构负责制订定点机构的准入原则和管理办法, 并重点加强对统筹区域外的省、市级定点医疗机构的指导与监督。</p> <p>(六) 统一基金管理。 城乡居民医保执行国家统一的基金财务制度、会计制度和基金预决算管理制度。城乡居民医保基金纳入财政专户, 实行“收支两条线”管理。基金独立核算、专户管理, 任何单位和个人不得挤占挪用。 结合基金预算管理全面推进付费总额控制。基金使用遵循以收定支、收支平衡、略有结余的原则, 确保应支付费用及时足额拨付, 合理控制基金当年结余率和累计结余率。建立健全基金运行风险预警机制, 防范基金风险, 提高使用效率。 强化基金内部审计和外部监督, 坚持基金收支运行情况信息公开和参保人员就医结算信息公示制度, 加强社会监督、民主监督和舆论监督。</p> <p>三、理顺管理体制 (一) 整合经办机构。 鼓励有条件的地区理顺医保管理体制, 统一基本医保行政管理职能。充分利用现有城镇居民医保、新农合经办资源, 整合城乡居民医保经办机构、人员和信息系统, 规范经办流程, 提供一体化的经办服务。完善经办机构内外部监督制约机制, 加强培训和绩效考核。</p> <p>(二) 创新经办管理。 完善管理运行机制, 改进服务手段和管理办法, 优化经办流程, 提高管理效率和服务水平。鼓励有条件的地区创新经办服务模式, 推进管办分开, 引入竞争机制, 在确保基金安全和有效监管的前提下, 以政府购买服务的方式委托具有资质的商业保险机构等社会力量参与基本医保的经办服务, 激发经办活力。</p> <p>四、提升服务效能 (一) 提高统筹层次。 城乡居民医保制度原则上实行市(地)级统筹, 各地要围绕统一待遇政策、基金管理、信息系统和就医结算等重点, 稳步推进市(地)级统筹。做好医保关系转移接续和异地就医结算服务。根据统筹地区内各县(市、区)的经济发展和医疗服务水平, 加强基金的分级管理, 充分调动县级政府、经办机构基金管理的积极性和主动性。鼓励有条件的地区实行省级统筹。</p> <p>(二) 完善信息系统。 整合现有信息系统, 支撑城乡居民医保制度运行和功能拓展。推动城乡居民医保信息系统与定点机构信息系统、医疗救助信息系统的业务协同和信息共享, 做好城乡居民医保信息系统与参与经办服务的商业保险机构信息系统必要的信息交换和数据共享。强化信息安全和患者信息隐私保护。</p> <p>(三) 完善支付方式。 系统推进按人头付费、按病种付费、按床日付费、总额预付等多种支付方式相结合的复合支付方式改革, 建立健全医保经办机构与医疗机构及药品供应商的谈判协商机制和风险分担机制, 推动形成合理的医保支付标准, 引导定点医疗机构规范服务行为, 控制医疗费用不合理增长。 通过支持参保居民与基层医疗机构及全科医师开展签约服务、制定差别化的支付政策等措施, 推进分级诊疗制度建设, 逐步形成基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的就医新秩序。</p> <p>(四) 加强医疗服务监管。 完善城乡居民医保服务监管办法, 充分运用协议管理, 强化对医疗服务的监控作用。各级医保经办机构要利用信息化手段, 推进医保智能审核和实时监控, 促进合理诊疗、合理用药。卫生计生行政部门要加强医疗服务监管, 规范医疗服务行为。</p> <p>五、精心组织实施, 确保整合工作平稳推进 (一) 加强组织领导。 整合城乡居民医保制度是深化医改的一项重点任务, 关系城乡居民切身利益, 涉及面广、政策性强。各地各有关部门要按照全面深化改革的战略布局要求, 充分认识这项工作的重要意义, 加强领导, 精心组织, 确保整合工作平稳有序推进。各省级医改领导小组要加强统筹协调, 及时研究解决整合过程中的问题。</p> <p>(二) 明确工作进度和责任分工。 各省(区、市)要于2016年6月底前对整合城乡居民医保工作作出规划和部署, 明确时间表、路线图, 健全工作推进和考核评价机制, 严格落实责任制, 确保各项政策措施落实到位。各统筹地区要于2016年12月底前出台具体实施方案。综合医改试点省要将整合城乡居民医保作为重点改革内容, 加强与医改其他工作的统筹协调, 加快推进。 各地人力资源社会保障、卫生计生部门要完善相关政策措施, 加强城乡居民医保制度整合前后的衔接; 财政部门要完善基金财务会计制度, 会同相关部门做好基金监管工作; 保险监管部门要加强对参与经办服务的商业保险机构的从业资格审查、服务质量和市场行为监管; 发展改革部门要将城乡居民医保制度整合纳入国民经济和社会发展规划; 编制管理部门要在经办资源和管理体制整合工作中发挥职能作用; 医改办要协调相关部门做好跟踪评价、经验总结和推广工作。</p> <p>(三) 做好宣传工作。 要加强正面宣传和舆论引导, 及时准确解读政策, 宣传各地经验亮点, 妥善回应公众关切, 合理引导社会预期, 努力营造城乡居民医保制度整合的良好氛围。</p> |
|--------------------------|---|

常见问题

问题: 我不方便回柳州, 可以代办吗?

解答: 可以。

常见错误示例：常见错误示例：已经在异地结算了的发票还能拿回来报销吗？

解答：不可以