

山西省医疗保障局办公室文件

晋医保办发〔2022〕27号

山西省医疗保障局办公室 关于印发《山西省职工基本医疗保险普通门诊 统筹经办服务规程（暂行）》的通知

各市医疗保障局，省医疗保险管理服务中心、省药械集中招标采购中心：

为落实好省医保局、省财政厅、省卫生健康委《关于印发〈职工基本医疗保险普通门诊统筹管理办法〉的通知》（晋医保发〔2022〕12号），省局制定了《山西省职工基本医疗保险普通门诊统筹经办服务规程（暂行）》，现印发给你们，请遵照执行。执行中如遇重大问题，请及时反馈省医保中心。

附件：山西省职工基本医疗保险普通门诊统筹经办服务规程(暂行)



山西省医疗保障局办公室

2022年11月8日

(此件主动公开)

附件

山西省职工基本医疗保险普通门诊统筹 经办服务规程（暂行）

第一章 总 则

第一条 为切实减轻参加职工基本医疗保险人员门诊医药费用负担，提高医保基金使用效率，规范经办服务，根据省医保局、省财政厅、省卫生健康委《关于印发〈职工基本医疗保险普通门诊统筹管理办法〉的通知》（晋医保发〔2022〕12号），制定本规程。

第二条 参加我省职工医保且有医保个人账户的职工（包括在职职工和退休人员，以下简称参保职工），在定点医药机构发生的普通门诊医药费用，按政策规定报销。

第三条 本规程适用于全省各级医保经办机构（以下简称“经办机构”）职工门诊统筹的经办服务管理，以规范经办机构内部运行，对定点医药机构进行有效管理，为参保职工提供便捷服务。

第二章 医药机构服务

第四条 医保定点医疗机构、零售药店愿意承担门诊统筹就医购药服务，能够执行医保支付标准等政策规定，计算机软硬件具备接入医保信息系统、医保电子凭证应用、电子处方流转、进销存管

理、药品可追溯等基本条件的，均可提出门诊统筹服务申请，经办机构进行评估并协商签定协议后，纳入承办门诊统筹服务定点医药机构（以下简称“门诊统筹定点医药机构”）范围，为参保职工提供门诊诊疗和购药服务。

第五条 有条件的统筹地区可将符合条件的“互联网+”门诊医疗服务纳入职工门诊统筹保障范围。互联网医疗机构所依托的实体医疗机构必须为统筹地区门诊统筹定点医疗机构。

第六条 医保定点医药机构提供门诊统筹服务的条件和确定程序由省医疗保险管理服务中心另行制定。

第三章 就医购药流程

第七条 参保职工须凭医保电子凭证或社会保障卡在门诊统筹定点医疗机构就诊。

第八条 接诊医生应核验参保职工身份信息，确定患者享受医保待遇的类型（门诊慢特病、门诊特殊药品、门诊统筹等），并分别开具诊疗单和处方。医疗服务项目和药品应分别开具。

第九条 门诊统筹定点医疗机构应将门诊统筹诊疗和处方信息实时上传医保信息系统，检查检验等医疗服务项目须在本医疗机构进行，耗材须在本医疗机构购买。

第十条 门诊统筹定点医疗机构上传的药品处方信息全部进入医保电子处方信息流转平台。门诊统筹处方内药品，参保职工可凭

处方在就诊医疗机构购买，也可到门诊统筹定点零售药店购买。

第十一条 医保系统中药品电子处方流转的有效期为3天。

第十二条 参保职工须凭医保电子凭证或社会保障卡在门诊统筹定点零售药店结算药品费用。门诊统筹定点零售药店应核对参保职工电子处方信息，查验参保职工的有效身份凭证，做到人证相符。委托他人代购药品的，应查验患者和代购人身份凭证，并作好登记。

第十三条 门诊统筹定点零售药店应将参保职工购药费用信息实时上传医保信息系统，并向参保职工提供结算单和发票，结算单底联由药店留存备查。代购药品的，还应由代购人在结算单底联上签字确认。

第十四条 处方内药品在一所门诊统筹定点医药机构无法配齐的，可在不同医药机构购买，并在医保结算系统中登记原因。同一药品不得在不同医药机构购买。

第四章 诊疗服务管理

第十五条 门诊统筹定点医药机构要建立健全相关内部管理制度，明确专兼职人员负责，制定便捷的门诊就医购药和结算流程，服务好参保职工。有条件的可设立职工门诊统筹专用通道。

第十六条 职工门诊统筹服务内容纳入医保协议管理和年度考核。考核结果与医保服务质量保证金预留档次及返还比例、协议续签或终止挂钩。将次均费用增长、自付（自费）费用比例、检查费

用占比等指标纳入年度考核范围。

第十七条 医疗机构要规范医疗服务行为，严格按照临床诊疗技术规范、抗菌药物临床应用指导手册，合理检查、因病施治。严格医保目录内限制性药品的使用，对限定医疗机构级别和适应症使用的药品，不得超限定范围纳入门诊统筹报销。

第十八条 门诊统筹定点医药机构应优先使用基本药物、国家和省集中带量采购中选药品，以及同质低价药物。

第十九条 接诊医生应严格执行门诊病历、处方书写与管理规定，保证处方书写的真实、完整、规范。

第五章 结算管理

第二十条 职工门诊统筹严格执行医保“三个目录”。乙类药品、耗材和医疗服务项目先按照统筹地区住院先行自付比例政策自付部分费用后，其余符合政策规定费用按职工门诊统筹报销比例给予支付。

第二十一条 门诊统筹药品执行全省统一的医保支付标准，超过支付标准以上的费用由参保职工自付；支付标准以内的按比例报销。暂未制定支付标准的药品，按实际销售价格按比例报销。

第二十二条 参保职工在同一医疗机构、同一次（即相同就诊流水号）就诊的多张诊疗单、处方，在结算时起付标准按一次计算。

第二十三条 参保职工在统筹区内门诊统筹定点医药机构发生

的门诊统筹医药费用，凭医保电子凭证或社会保障卡直接结算，个人自付部分由本人个人账户（或家庭共济账户）或现金支付，医保基金支付部分由经办机构与医药机构按协议约定结算。

第二十四条 已办理省内异地就医备案的长期异地居住人员（包括异地安置退休人员和长期驻外工作人员），可凭医保电子凭证或社会保障卡在居住地所有开通门诊统筹异地直接结算的定点医药机构就医购药，费用直接结算，其就医、购药和结算流程与本地相同。

已办理省外异地就医备案的长期异地居住人员，可凭医保电子凭证或社会保障卡在居住地定点医药机构就医购药，费用直接结算，具体流程由统筹地区根据实际情况制定。

第二十五条 中医适宜技术、中药饮片抗肿瘤治疗，以及门诊慢特病限额病种在月、季或年度限额用完之后发生的相关门诊费用，可纳入门诊统筹结算。

第二十六条 参保职工有下列情形之一的，门诊统筹基金不予支付：

（一）在统筹区内非门诊统筹定点医药机构，或在门诊统筹定点医药机构但未持医保电子凭证或社会保障卡就医、购药结算的。

（二）未在门诊统筹定点医疗机构开具处方，直接在零售药店购药的。

（三）长期异地居住人员（包括异地安置退休人员和长期驻外工作人员）在异地非定点医药机构发生的医药费。

(四) 临时外出就医人员(包括转诊转院或自行在异地就医人员)在异地发生的普通门诊费用。

(五) 参保职工在医保欠费期间(或医保待遇等待期)所发生的普通门诊医药费用。

第六章 财务管理与会计核算

第二十七条 门诊统筹账务处理并入职工基本医疗保险账套。

第二十八条 经办机构财务部门在收到门诊统筹支付单据后,统筹基金支付部分,借记统筹基金待遇支出——门诊统筹,贷记统筹基金支出户存款;个人账户支付部分,借记个人账户待遇支出——普通门诊支出(门诊统筹定点药店机构医药费支出),贷记个人账户支出户存款。

第七章 附 则

第二十九条 本规程由山西省医疗保险管理服务中心负责解释,2023年1月1日起执行。