

湛江市人力资源和社会保障局文件

湛人社〔2015〕296号

关于调整在湛就读省属高校大学生 医保有关政策的通知

驻湛各省属高校:

根据省政府关于在我省就读的大学生和中职技校学生由学校组织在就读地参保、实行属地管理的文件精神,为做好大学生医保与我市城乡居民医保无缝对接,现就有关高校大学生统一执行我市城乡居民医保有关政策通知如下:

一、按自然年度参保享受医保待遇

目前,全国居民医保已实现全覆盖,省属高校大学生在入学前都已参加当地的医保,按自然年度(1月1日至12月31日)享受医保待遇;而现行的高校大学生是按学年办理参保和享受待遇,即每年9月1日至10月31日办理参保登记、缴费手续,补录生参保缴费延迟到12月20日,其享受医保待遇为每年9月1日至次年8月31日,而毕业生毕业当年的9月1日至12月31日为参保空白期,不能享受医保待遇。为便于与我市城乡居民医保衔接管理,从2016年起,我市高校大学生统一

按自然年度参保和享受医保待遇，其缴费期为每年9月1日至12月20日，次年1月1日至12月31日享受医保待遇。

二、调整普通门诊统筹

根据市人社局、发改局、财政局、卫生局联合印发的《关于完善城乡居民医保普通门诊统筹的通知》（湛人社〔2013〕481号）精神，从2016年起，我市省属高校普通门诊统筹资金统一按每人每年50元的标准划拨（含划入个人社会保障卡20元、镇级卫生机构门诊统筹资金20元、一般诊疗费10元），包干到各高校，全部作为门诊统筹基金，用于支付高校参保大学生在定点医疗机构门诊发生的医疗费用。参保学生在高校定点医疗机构门诊发生的费用参照湛人社〔2013〕481号的有关规定执行（原则上起付线不高于20元，报销比例不低于60%，年度累计报销达300元以上）。今后，高校普通门诊统筹资金划拨标准与城乡居民医保门诊统筹相一致，待遇不低于居民医保普通门诊水平。

原《关于在湛就读的大学生以及中等职业技术学校 and 技工学校学生参加城乡居民基本医疗保险的实施意见》（湛医保办〔2010〕13号）中，普通高校大学生门诊统筹基金按学生参保筹资总额的30%（暂定一年），划拨给各高校建立普通门诊统筹基金，不再执行。

附：关于完善城乡居民医保普通门诊统筹的通知

湛江市人力资源和社会保障局

2015年6月18日

抄送：市财政局、市社会保险基金管理局

湛江市人力资源和社会保障局

湛江市发展和改革局

湛江市财政局

湛江市卫生局

文件

湛人社〔2013〕481号

关于完善城乡居民医保普通门诊统筹的通知

各县（市、区）人力资源和社会保障局、发改局、财政局、卫生局，湛江经济技术开发区组织部、发改局、财政局、人口和社会事务管理局，南三岛滨海旅游示范区管委会：

我市自2011年1月实施城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹以来，门诊定点医疗卫生机构覆盖全市城乡，全市医保信息网络系统已经建立，基层医疗卫生资源得到充分发挥，广大参

保居民门诊就医方便简单，初步形成了小病看门诊，大病住院治疗的分级医疗格局。根据国家医疗保险有关政策，结合我市两年来实施普通门诊统筹的实际情况，为了规范普通门诊运作，提高基金使用效率，保障广大参保居民的医保待遇，进一步完善我市城乡居民医保普通门诊统筹，现将有关事项通知如下：

一、调整普通门诊统筹基金使用范围

从2014年开始，按每人每年50元的标准从当年城乡居民医疗保险基金中划出，建立普通门诊统筹基金。普通门诊统筹基金使用分三部分：

（一）按每人每年20元划入参保人社会保障卡，主要用于参保人在医保定点的村（居）级卫生站门诊消费。

（二）按每人每年20元的标准，统筹用于参保人在乡镇卫生院（街道社区卫生服务中心）门诊消费。

（三）另外10元用作一般诊疗费，由社保局支付给实行基本药物，并开展普通门诊统筹的医保定点机构（支付方式另行通知）。

二、调整普通门诊待遇

（一）我市对全部参加社会保险的人员统一发放社会保障卡，参保人凭社会保障卡可在医保定点的村（居）级卫生站门诊就医，实行刷卡消费，即时结算，用完为止。社保卡内的费用当年如有结余可结转次年门诊使用。

（二）参保人在参保所在地的乡镇卫生院（街道社区卫生服务中心）门诊治疗，起付线20元，报销比例60%，年度累计

最高可报销 300 元。参保人到参保所在地以外的乡镇卫生院(街道社区卫生服务中心)门诊治疗, 卫生院可不予报销费用。

(三) 因病情需要, 由参保所在地乡镇卫生院(街道社区卫生服务中心)转往上一级医院门诊诊治的, 所发生的医疗费用, 回参保所在地乡镇卫生院(街道社区卫生服务中心)报销, 起付线 50 元, 报销比例 50%。

三、调整结算方式, 建立费用控制激励机制

普通门诊定点医疗卫生机构必须安装社会保障卡刷卡机 (POS 机), 参保人通过刷卡消费发生的费用, 由银行按照系统记录的数额如期拨付给定点医疗卫生机构。同时, 定点医疗卫生机构仍然需要将参保人就诊信息和消费信息上传当地社保局。

参保人在乡镇卫生院(街道社区卫生服务中心)门诊发生的费用, 由市或县(市)社保局与乡镇卫生院(街道社区卫生服务中心)按照“定额包干、结余核拨、超支不补”的方式进行结算。

(一) 定额包干: 按照当年该乡镇(街道)参保人数乘以每人 20 元计算普通门诊统筹基金总额, 作为该乡镇卫生院(街道社区卫生服务中心)当年度定额包干费用, 社保局按 70% 的比例按月预拨, 年终结算。

(二) 结余核拨: 全年定额包干费用使用率大于或等于 70% 且不超过定额包干费用的, 结余中的 70% 核拨给乡镇卫生院(街道社区卫生服务中心), 余下的 30% 留作统筹基金; 全年

定额包干费用使用率低于70%的,结余额中的30%核拨给乡镇卫生院(街道社区卫生服务中心),余下的70%留作统筹基金;全年定额包干费用使用率低于30%的,按乡镇卫生院(街道社区卫生服务中心)实际报销给参保人的费用支付。

(三)超支不补:实际发生普通门诊记账费用超出全年定额包干费用总额的,超出部分由乡镇卫生院(街道社区卫生服务中心)承担,统筹基金不再支付。

四、实行分级管理,加强监督检查

(一)城乡居民医保普通门诊统筹按照属地管理的原则,由当地社保局与各定点医疗卫生服务机构签订医疗服务协议,实行协议管理。

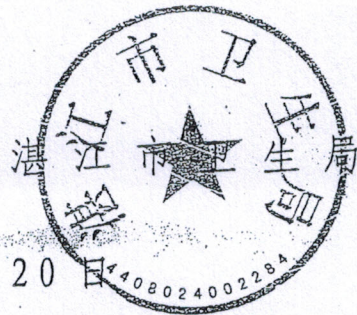
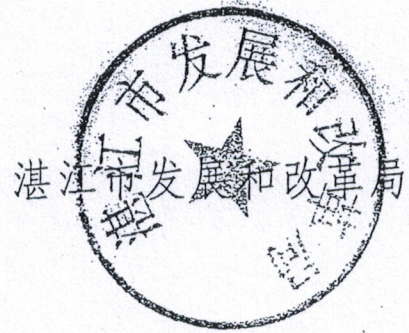
(二)县(市、区)城乡居民医疗保险领导小组是当地普通门诊统筹的主要管理和监督部门,要制定符合本地实际情况的具体措施,加强普通门诊统筹管理。

(三)乡镇、街道城乡居民医疗保险领导小组宣传并监督落实门诊统筹政策;定期公布定点医疗机构医疗服务费用、群众满意度等情况,充分发挥社会监督作用,保障参保居民享受普通门诊待遇。

(四)各定点医疗机构要规范治疗,合理用药,既不能恶意进行过度治疗,也不能因刻意控制费用而导致短缺服务。若有此类严重违规行为的,将从严查处。

(五)各级人社、发改、财政、卫生、物价、药监等有关部门根据定点医疗卫生机构的医保运作、服务质量、收费行为、

居民投诉等情况进行检查考核。



抄送：市城乡居民医保领导小组成员单位、奋勇经济区管委会。