日照市医疗保障局便民服务二十条

参保人员篇

一、取消医疗费报销1年申报时限限制。为保障参保人员报销权益，对《关于对城镇基本医疗保险住院定点医疗机构实行医疗费复合式结算管理的通知》中“有效申报结算时限为住院费自出院之日起1年内，特殊疾病门诊医疗费自发生之日起1年内”的规定予以废止。

二、调整市外急诊备案时限。参保人急诊或自行赴市外住院治疗的，应通过“日照医疗保障”微信公众号或备案电话办理备案手续，备案时限由住院后3个工作日调整为5日。

三、市外急诊实行联网报销。自2019年8月1日起，参保人急诊或自行赴市外住院治疗并按规定备案的，因疾病产生的医疗费用纳入全国跨省异地联网即时结算范围；因意外伤害产生的医疗费用，回参保地经稽核确认后再报销。

四、对未备案医疗费即时受理。参保人急诊或自行赴市外住院治疗，未在规定时限内备案的，医疗费用仍回参保地报销，报销资料由年度集中受理一次调整为即时受理，医疗费经稽核符合规定的，自受理之日起30个工作日内完成报销。

五、扩大转诊转院备案医院范围。参保人员按规定办理转诊转院的，备案由原来的就医地1家医院，扩大为备案至就医市所有联网医院。备案后，60日内可在就医市所有联网医院住院治疗，发生符合规定的医疗费用出院时直接联网报销。

六、下沉市内跨省就医联网医院覆盖范围。2019年9月底前，将全市所有乡镇卫生院和街道社区卫生服务中心接入全国跨省异地就医联网即时结算平台，方便市外参保人员在我市看病就医。

七、增加个人选择特药定点药店数量。允许使用特药的参保人员选择市内2家定点药品经营单位作为本人的特药定点药店，减少参保人员跑腿。

八、简化特殊疾病门诊鉴定流程。每季度首月集中受理后，先由医疗专家根据申请人提交的病历资料进行首轮鉴定，首轮鉴定通过人员不再参加集中体检；未通过人员按通知要求参加集中体检，补充相关病情资料和检查化验结果，医疗专家再根据补充资料进行最终鉴定。鉴定结果公示后，由受理地医疗保障部门发放《门诊特殊疾病医疗证》。

九、完善生育保险关系接续办法。生育保险关系由外市转入日照的参保人员，转入时已连续缴费且能提供有效凭证的，视同本地缴费，生育保险缴费月数连续计算。

十、明确职工个人账户刷卡范围。职工医保个人账户资金可用于支付以下费用：1．在定点医疗机构发生的个人自负费用；2．基本医疗保险药品目录内药品费用和目录外“国药准字号”药品以及中药饮片费用；3．消杀类产品（如消毒剂、消毒器械、一次性医疗用品等）费用；4．“械字号”医疗器械（如体温计、血压计、血糖试纸、血糖检测仪、颈椎牵引器、褥疮防治气垫、轮椅等）费用；5．支付家庭医生签约服务费用。

十一、扩大医疗保险个人账户使用范围。职工医疗保险个人账户资金在原支付范围的基础上扩大到本人家庭成员，用于支付在定点医药机构发生的医药费用，提高个人账户资金使用效率，增强共济功能。上级新出台文件与本通知不一致的，执行上级文件要求。

十二、住院发票转交为患者留存。部分住院患者出院后需要发票复印件，为方便参保人员，定点医疗机构规范发票管理后，可以将发票交由患者留存。

十三、医疗费用结算发票转交患者留存。市内医疗费在落实公立医院结算发票原件转交患者的基础上，进一步优化信息系统，实现民营医院结算发票能准确显示收费项目、医保统筹支付和个人支付金额的，一并交由参保患者留存。

十四、开通异地急诊住院微信备案服务。在电话备案和12333服务平台备案基础上，开通微信备案服务，实现参保人员异地急诊住院备案“零跑腿。

十五、进一步简化转诊转院手续。升级改造具备转诊资格定点医疗机构信息系统，为其开通转诊备案权限，实现参保人员转诊转院在定点医疗机构直接办结。

十六、进一步提高门诊特殊疾病保障水平，简化办理流程和材料。在《关于调整完善职工和居民基本医疗保险门诊特殊疾病鉴定管理有关事项的通知》(日人社字〔2018) 132号)规定基础上，进一步增加集中鉴定频次，由每年办理两次调整为每年办理四次，每季度第一个月统一受理。对提报近一年内住院病历，且申请病种与病历第一诊断名称一致(含相关检查检验结果)的，可选择不参加集中体检;对即时申报病种，如恶性肿瘤、肾透析、器官移植抗排异、支架植入术后抗栓等，申请资料完整诊断明确达到鉴定标准的，窗口受理后当场办结。取消职工和居民严重精神障碍门诊特殊疾病起付线。

医院篇

 十七、预拨2018年度基本医疗保险质量保证金。为减轻定点医疗机构垫付资金压力，各区县医保部门要及时与定点医疗机构联系对账，数据核实确认后，及时足额拨付2018年度预留的基本医疗保险质量保证金。年度考核后根据考核结果应当扣减的，在2019年度月结算中进行扣减。

十八、实行基本医保、大病保险一体化结算拨付。将基本医保、大病保险纳入一体化结算拨付系统和医疗服务监督体系，由保险公司按月将大病保险资金拨付医保经办机构，医保经办机构与定点医疗机构一并结算拨付基本医保和大病保险资金，确保定点医疗机构发生的医保费用及时足额结算拨付。

 十九、“高值医用耗材”项目对照容缺通过。对需提供供货单、合格证等材料的“高值医用耗材”项目，定点医疗机构先对相关材料进行自查，符合医保规定的，通过信息系统上传对照信息，医保经办机构先予容缺通过，定点医疗机构随后补送材料，保证参保人员出院即时结算，减少跑腿次数，确保“一次办好”。

 二十、调整定点医药机构质量保证金管理办法。为减轻定点医药机构垫付资金压力，定点医疗机构质量保证金在按月结算时不再扣减，年度考核后，根据考核结果进行相应清算；定点药店社保卡POS机持有单位不再预缴质量保证金，年度考核后，根据年度社保卡刷卡数额和规定5%的比例确定应扣金额，由定点药店缴至所属经办机构。2019年度已暂扣和预缴的质量保证金全额退还。