

黔西南布依族苗族自治州医疗保障局文件

黔西南医保通〔2020〕37号

州医保局关于认真落实城乡医保普通门诊 有关待遇政策的通知

各县(市)医疗保障局,义龙新区社会事务局,各定点医疗机构:

2019年12月,州人民政府根据《省人民政府办公厅关于统一城乡居民基本医疗保险制度的意见》(黔府办发〔2019〕28号)和《省医疗保障局 国家税务总局 贵州省税务局省财政厅关于实施统一的城乡居民基本医疗保险制度有关问题的通知》(黔医保发〔2019〕61号)出台了《州人民政府办公室关于统一城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》(州府办发〔2019〕24号),进一步完善了全州统一的城乡居民基

本医疗保险制度，更好地保障了城乡居民医保待遇。但州府办发〔2019〕24号文件实施以来，部分基层定点医疗机构取消了门诊输液报销，给患者就医造成了影响。为切实保障患者切身利益，认真落实州府办发〔2019〕24号文件精神，现将有关事宜通知如下，请认真贯彻执行。

一、根据《州人民政府办公室关于统一城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（州府办发〔2019〕24号）规定，

“普通门诊待遇：参保人员在州内二级及以下定点医疗卫生机构普通门诊就医，政策范围内的医疗费用纳入基本医疗保险支付范围，不设起付标准；支付比例：一级及以下医疗机构60%，二级医疗机构50%；年支付限额为400元；日支付限额村卫生室为30元，一级及以下医疗机构为40元，二级医疗机构为50元；同一病种就诊间隔时间不低于3日量，单次处方量不超过3日量”。各定点医疗机构要深刻理解、准确把握州府办发〔2019〕24号文件精神，参保人员在州内二级及以下定点医疗机构普通门诊就医（包括输液），政策范围内的医疗费用严格按州府办发〔2019〕24号文件规定比例和限额报销。

二、各定点医疗机构要严格执行国家、省、州有关规定，因病施治、合理检查、合理用药，坚决杜绝大处方、乱（滥）检查、乱（滥）用药、小病大治等问题的发生，坚决不允许

转嫁医疗费用给患者、增加患者负担，一经查实，严格按照规定严肃处理。

三、各县(市)医疗保障局、义龙新区社会事务局，各定点医疗机构要强化监督管理，加强医保政策宣传，确保州府办发〔2019〕24号文件精神落地落实。


黔西南州医疗保障局
2020年5月20日

黔西南州医疗保障局办公室

2020年5月20日印发
