

广州市城镇居民基本医疗保险  
定点医疗机构培训教材  
(肿瘤专科医院专题)

广州市医疗保险服务管理中心  
二〇〇八年七月

# 主要内容

---

- 一、城镇居民基本医疗保险办法主要内容
- 二、居民医保就医管理业务的相关操作
- 三、居民医保医疗费用结算的相关操作
- 四、肿瘤专科医院特殊性
- 五、答疑与讨论

---

# 第一节

## 城镇居民基本医疗保险办法 主要内容

# 主要内容

## ——适用人群

---

1、具有本市城镇户籍的下列居民：学龄前儿童及未满18周岁的其他非在校人员（以下统称“未成年人”）；男年满18岁至60岁、女年满18岁至55岁的非从业人员（以下统称“非从业居民”）；男年满60岁以上、女年满55岁以上、不能按月享受养老待遇的人员（以下统称“老年居民”）。

（以上年龄以当年6月1日为划分年龄界限）

# 主要内容

## ——适用人群<sub>2</sub>

2、在本市中小学校、各类高等院校、中等职业技术学校及技工学校全日制就读的学生（以下统称“在校学生”）。其中，非本市城镇户籍的在校学生凭相应**正式学籍**参保，不受户籍限制。

小结：不属于职工医疗保险覆盖的、且本市正式学籍或本市户籍的广州（八区）的市民：合计：150万。

五类人群：在校学生；未成年人；非从业居民；老年居民；特殊居民

## 主要内容

### ——保险年度

---

居民医疗保险以当年7月1日至次年6月30日为一个保险年度（以下统称“年度”）。

# 主要内容

## ——缴费标准及资金来源<sub>1</sub>

---

- 未成年人及在校学生  
个人缴80元/人·年，各级政府资助80元/人·年
- 非从业居民  
个人缴480元/人·年，各级政府资助100元/人·年
- 老年居民  
个人缴500元/人·年，各级政府资助500元/人·年

## 主要内容

### ——缴费标准及资金来源<sub>2</sub>

---

- 纳入最低生活保障对象、低收入困难家庭人员、重度残疾的未成年人、丧失劳动能力的重度残疾人，个人应缴纳的居民医疗保险费由政府设立的广州市困难群众医疗救助金资助缴纳（个人免费参保）。

## 主要内容

### ——缴费标准及资金来源<sub>3</sub>

---

- 用人单位可对其职工供养的系亲属缴纳的医疗保险费给予适当补助所需资金从原劳保医疗资金渠道列支。

小结：个人与政府共同缴费，每年总缴费6亿元左右，涉及医疗费10亿元左右。

## 主要内容

### ——享受医疗待遇的起止时间<sup>1</sup>

---

- 按时足额缴纳居民医疗保险费的，从当年7月1日开始享受医疗待遇；
- 年度中途参保缴费的，从缴费次月开始享受医疗待遇。
- 年度内未缴纳居民医疗保险费的，停止享受医疗待遇。

## 主要内容

### ——享受医疗待遇的起止时间<sub>2</sub>

---

- 新生儿在出生后3个月内参保缴费的，从出生时开始享受相应的医疗待遇；
- 在校学生在当年10月31日前参保缴费的，从当年7月1日开始享受相应的医疗待遇；
- 《办法》实施后3个月内参保缴费的，从当年7月1日开始享受相应的医疗待遇。
- 小结：待遇可追溯，年度为待遇期单元。

# 主要内容

## ——医疗待遇范围

---

- 参保人员享受住院、门诊特定目和指定慢性病医疗待遇。
- 未成年人及在校学生、老年居民同时享受普通门（急）诊医疗
- 小结：分两类，一大一小较好，学生人群最好，

有门诊记账待遇（与职工医保的个人医疗账户相当）

# 主要内容

## ——医疗待遇及标准<sub>1</sub>

1、起付标准：居民医疗保险基金对参保人住院及门诊特定项目医疗费用的起付标准，参照本市职工基本医疗保险的规定，按以下标准确定：

未成年人及在校学生按在职职工起付标准的30%确定；

非从业居民按在职职工起付标准执行；

老年居民按退休人员的起付标准执行。

# 主要内容

## ——医疗待遇及标准<sub>2</sub>

定点医疗机构 等级	起付标准		
	未成年人及 在校学生	非从业居民	老年居民
一级	150元	500元	350元
二级	300元	1000元	700元
三级	600元	2000元	1400元

# 主要内容

## ——医疗待遇及标准<sub>4</sub>

首次参保缴费或年度中断缴费后重新参保缴费的，  
共付段支付比例：

定点医疗机构等级	未成年人及在校学生		非从业居民及老年居民	
	统筹基金支付比例	个人支付比例	统筹基金支付比例	个人支付比例
一级	80%	20%	70%	30%
二级	70%	30%	60%	40%
三级	60%	40%	50%	50%

## 主要内容

### ——医疗待遇及标准<sup>5</sup>

---

#### 共付段费用支付比例：

在本办法实施后3个月内办理参保缴费手续的，连续两年及两年以上参保缴费的，原参加本市城镇职工基本医疗保险或城镇灵活就业人员医疗保险的人员，在停保后3个月内转换按本办法参保缴费的，居民医疗保险基金对各等级医院的支付比例分别增加5个百分点。

# 主要内容

## ——医疗待遇及标准<sup>6</sup>

连续参保缴费参保人的支付比例：

定点医疗机构等级	未成年人及在校学生		非从业居民及老年居民	
	统筹基金支付比例	个人支付比例	统筹基金支付比例	个人支付比例
一级	85%	15%	75%	25%
二级	75%	25%	65%	35%
三级	65%	35%	55%	45%

# 主要内容

## ——医疗待遇及标准<sup>1 2</sup>

### 5. 门诊特定项目医疗待遇

#### ——门诊特定项目起付标准:

- (2) 家庭病床医疗费用的起付标准: 按参保人在一级定点医疗机构住院的起付标准确定, 每九十日计算一次。非从业居民为500元、老年居民为350元; 未成年人及在校学生为150元。
- (3) 其他门诊特定项目(恶性肿瘤门诊化学治疗、放射治疗, 尿毒症门诊透析治疗, 肾移植术后抗排异治疗, 血友病)治疗的基本医疗费用, 终身累计起付标准为非从业居民、老年居民为1000元, 未成年人及在校学生为300元; 丙型肝炎门诊治疗医疗费用不设起付标准。

# 主要内容

## ——医疗待遇及标准<sup>1 3</sup>

### 6. 指定慢性病医疗待遇

参保人员在定点医院就医发生的指定慢性病门诊基本医疗费用，居民医疗保险基金按照本市城镇职工基本医疗保险规定的待遇范围及标准支付。参保人员在定点医院就医发生的指定慢性病门诊基本医疗费用，居民医疗保险基金按照本市城镇职工基本医疗保险规定的待遇范围及标准支付。

# 主要内容

## ——医疗待遇及标准<sup>1 4</sup>

### 7. 普通门（急）诊医疗待遇标准

#### ——未成年人及在校学生：

到选定的社区卫生服务机构（在二、三级医疗机构本部设置的除外，下同）或所在学校的医疗机构就医，按70%的标准支付；到选定的其它医疗机构按40%的标准支付。

# 主要内容

## ——医疗待遇及标准<sup>1 5</sup>

### 7. 普通门（急）诊医疗待遇标准

#### ——未成年人及在校学生：

在校学生寒暑假或因病休学期间回到户籍所在地，以及在外地实习期间，到当地公立医疗机构急诊发生的属于基金支付范围的门诊药费，按40%的标准支付。

最高支付限额为300元/人·月。

# 主要内容

## ——医疗待遇及标准<sup>16</sup>

### 7. 普通门（急）诊医疗待遇标准

#### ——老年居民：

到社区卫生服务机构普通门（急）诊就医，按50%的标准支付；最高支付限额为100元/人·月。

# 主要内容

## ——医疗待遇及标准<sup>17</sup>

---

8. 居民医疗保险基金年度最高支付限额  
参保人住院、门诊特定项目、指定慢性病及  
普通门（急）诊基本医疗费用，居民医疗保  
险基金年度累计最高支付限额为上年度本市  
城镇单位职工年平均工资的2倍。（2008年  
度为80374元）

## 主要内容

### ——居民医疗保险基金的支付范围<sup>1</sup>

---

- 居民医疗保险基金支付参保人疾病、意外事故就医发生的基本医疗费用以及符合计划生育政策规定的生育或终止妊娠发生的住院医疗费用。
  
- 小结：待遇类别多样化：因人群差异，因医院级别差异；因是否为选定医院差异；因参保时间差异。。。。

---

## 第二节

# 居民医保就医管理业务的 相关操作

# 居民医疗保险与职工医疗保险的不同点

类别	居民医疗保险	职工医疗保险
个人医疗帐户资金	无	有
医疗保险卡	兼具银行普通储蓄卡功能	个人帐户资金用于基本医疗消费
普通门（急）诊待遇	有	个人帐户支付
生育和终止妊娠待遇	有	无
追溯期待遇	有	无
医保门诊病历	使用居民医保专用病历	使用指定慢性病专用病历
重大疾病补助	不参加	参加
补充医疗保险	不参加	可参加
最高支付限额	<b>2倍（80,374元）</b>	<b>4倍（160,748元）</b>

## 居民医保就医管理业务的相关操作

### ——《居民医保门诊病历》<sup>2</sup>

---

- 居民医保参保人在定点医疗机构就诊时，应同时出示居民医保卡、有效身份证明及《居民医疗门诊病历》。

# 居民医保就医管理业务的相关操作

## ——门（急）诊选点<sub>1</sub>

- 在校学生、未成年人可选择医院
- 在应用我市医保信息系统进行门（急）诊费用记帐结算的本市社会保险定点医疗机构中，选择一家社区医疗机构（含社区卫生服务机构、学校或托幼机构的医疗机构，但二、三级医疗机构本部设置的社区医疗机构除外）和一家其他医院，作为其门（急）诊就医记账结算的“选定医院”。

# 居民医保就医管理业务的相关操作

## ——门（急）诊选点<sub>2</sub>

---

- 老年居民可选择医院
- 在应用我市医保信息系统进行门（急）诊费用记帐结算的本市社会保险定点社区卫生服务机构中选定一家作为其普通门（急）诊就医记账结算的选定医院。

# 居民医保就医管理业务的相关操作

## ——门（急）诊选点<sub>3</sub>

- 老年居民、在校学生和未成年人应填写病历内的《普通门（急）诊选定医疗机构登记表》，并张贴近期正面免冠一寸彩色照片后，持病历到拟选定定点医疗机构办理选点确认手续。
- 选定医疗机构核对参保人资料后在照片贴上“广州医保”选点确认专用标签。

# 居民医保就医管理业务的相关操作

## ——门（急）诊选点<sup>4</sup>

- 选点具体操作：
- 在“选定医院”出具居民医保卡、有效身份证件和《居民医保门诊病历》；
- 通过医保信息系统进行挂号、就诊；
- 医疗费结算前确认是否选定该院为本年度就医“选定医院”；
- 通过医保信息系统办理医疗费**结算后完成“选定”该就诊医院的确认手续。**

# 居民医保就医管理业务的相关操作

## ——门（急）诊选点<sup>5</sup>

---

- 注意事项：
- 选定医疗机构确认后在本社保年度可办理门（急）诊医保基本医疗药费记帐。
- 选定医疗机构在一个社保年度内有效。
- 选点确认后原则上不予变更。
- 新社保年度需重新办理选点，并在拟选定医疗机构办理首次记帐结算后视同重新办理选点确认手续。
- 在非“选定医院”就医发生的普通门（急）诊医疗费用，居民医疗保险基金不予支付。

# 居民医保就医管理业务的相关操作

## ——就医登记<sub>1</sub>

- 参保人到定点医疗机构就医，须出示有效的医疗保险凭证、有效身份证件和《居民医保专用病历》；
- 定点医疗机构在为参保人办理住院手续时，应提供社会医疗保险知情同意书或情况说明供参保人签字，明确告知其在出示有效的医疗保险凭证前，就医所发生的医疗费用全部由参保人员自行承担。

# 居民医保就医管理业务的相关操作

## ——就医登记<sub>2</sub>

---

- 急诊入院或者由于昏迷等意识不清等情况不能当场出示的，参保人亲属应当在入院三日内为其补办相关手续。
- 医保卡遗失或重制期间，以挂失证明或重制卡回执及有效身份证件替代医保卡。
- 参保人员因符合计划生育政策规定的生育及终止妊娠办理住院登记时，须同时出示计生部门审批有效的计划生育服务证原件，并随报表附送复印件。

# 居民医保就医管理业务的相关操作

---

- 居民医疗保险参保人员门诊特定项目审批、转诊转院备案及二次返院确认等的申办流程和操作与职工医疗保险一致。

# 居民医保就医管理业务的相关操作

## ——居民医保待遇追溯<sup>1</sup>

- **适用范围：**
- 新生儿在出生后**3**个月内（含**3**个月）办理参保缴费手续的，从出生时至缴费当月发生的居民医疗保险基本医疗费用；
- 在校学生在当年**10月31**日前办理参保缴费手续的，从当年**7月1**日起至缴费当月发生的居民医疗保险基本医疗费用；
- 在《试行办法》实施后**3**个月内（**2008年8月31**日前）办理参保缴费手续的，从当年**7月1**日至缴费当月发生的居民医疗保险基本医疗费用。

# 居民医保就医管理业务的相关操作

## ——居民医保待遇追溯<sub>2</sub>

---

- 住院医疗费用结算：
- 参保人先交押金，医院延迟结算
- 操作流程：

从**2008年7月1日**开始，定点医疗机构在为本市居民办理出院结账时，对已办理或准备办理居民医保但未能正常享受待遇的参保人，等额收取医疗费押金。

# 居民医保就医管理业务的相关操作

## ——居民医保待遇追溯<sup>3</sup>

---

- 住院医疗费用结算：
- 参保人先交押金，医院延迟结算
- 参保人能正常享受居民医保待遇后，凭医保卡、有效身份证件、押金收据、出院小结到医疗机构办理费用结算。
- 定点医疗机构在居民医保信息系统上查询确认参保人待遇后，为其补办入院登记和费用结算。

# 居民医保就医管理业务的相关操作

## ——居民医保待遇追溯<sup>4</sup>

---

- 门诊特定项目医疗费用结算：
- 急诊留观或在审批有效期内的门诊特定项目的医疗待遇追溯，按住院医疗待遇追溯方式操作。

# 居民医保就医管理业务的相关操作

## ——居民医保待遇追溯<sup>5</sup>

---

- 指定慢性病门诊医疗费用结算：
- 在审批有效期内的指定慢性病门诊待遇追溯，按住院医疗待遇追溯方式操作。

## 居民医保就医管理业务的相关操作

### ——居民医保待遇追溯<sup>6</sup>

---

- 门（急）诊医疗费用结算：
- 参保人在追溯期内，在其“选定医院”发生的门（急）诊医疗待遇才能追溯。
- 由“选定医院”代办门（急）诊医疗费零星报销。
- 在**2008年10月31**日后开始办理门（急）诊医疗待遇追溯的有关业务。

# 居民医保就医管理业务的相关操作

## ——居民医保待遇追溯<sup>7</sup>

- 门（急）诊医疗费用结算：
- “选定医院代办零星报销”方式
- 参保人在追溯期内，在其“选定医院”发生的门（急）诊医疗待遇才能追溯。
- 由“选定医院”代办门（急）诊医疗费零星报销。
- 在**2008年10月31**日后开始办理门（急）诊医疗待遇追溯的有关业务。

## 居民医保就医管理业务的相关操作

### ——居民医保待遇追溯。

- 门（急）诊医疗费用结算
- “选定医院代办零星报销”方式：
- 参保人到原发生医疗费用的“选定医院”填写《广州市城镇居民门（急）诊医疗费用医保待遇追溯申请单》（以下简称《申请单》），并出示居民医保卡和有效身份证件和《医保门诊病历》，提交居民医保卡正反面复印件、医疗费收据（发票）原件、医疗费用明细。

# 居民医保就医管理业务的相关操作

## ——居民医保待遇追溯。

- 门（急）诊医疗费用结算
- “选定医院代办零星报销”方式：
- 选定医院按月整理汇总居民门（急）诊待遇追溯的零报申请资料，填报《广州市城镇居民医疗保险门（急）诊医疗费用医保待遇追溯申报表》（以下简称《申报表》），《申报表》一式二联，一份交医保中心，一份医院留存。
- 选定医院将零报申请资料和《申请单》送到市医保中心办事处，集中办理门（急）诊医疗费用零星报销。

# 居民医保就医管理业务的相关操作

## ——居民医保待遇追溯<sup>10</sup>

---

- 门（急）诊医疗费用结算
- “选定医院代办零星报销”方式：
- 医疗机构代参保人申报的门（急）诊医疗费用经市医保中心审核后，属于居民医保基金支付的费用直接注资到参保人的居民医保卡对应的银行帐户。

# 居民医保就医管理业务的相关操作

## ——居民医保待遇追溯<sub>1 1</sub>

---

- **提醒：**
- 根据医疗保险就医管理规定，门诊特定项目、指定门诊慢性病申请确认前发生的门特、门慢医疗费用，基金不予支付。

# 居民医保就医管理业务的相关操作

## ——特殊情形下的处理办法<sub>2</sub>

---

- (二) 险种之间转换的结算
- 参保人在住院期间发生医疗保险险种待遇变更的（如居民医保转为职工医保，或职工医保转为居民医保的），须办理**分段结算**，医疗待遇标准按办理结算时应享受的有关标准计算，只计付一次住院起付标准。

# 居民医保就医管理业务的相关操作

## ——特殊情形下的处理办法<sup>4</sup>

---

- (三) 跨社保年度结算
- 跨社保年度连续住院、进行门诊特定项目治疗，须按社保年度办理分段结算，其发生的医疗费用按社保年度分别累计，计付一次起付标准。

---

## 第三节

# 居民医保医疗费用结算的 相关操作

# 居民医保医疗费用结算的相关操作

## ——居民医保费用结算范围<sub>1</sub>

---

- (一) 住院费用
  - 1. 非从业人员和老年居民住院医疗费用
  - 2. 在校学生及未成年人住院医疗费用
- (二) 门诊特定项目与门诊慢性病医疗费用
- (三) **3.**在校学生及未成年人、老年居民普通门急诊的记账药费
- (四) 民政部门对低保、困难家庭参保人的社会医疗二次救助费用

# 居民医保医疗费用结算的相关操作

## ——居民医保费用结算范围<sub>2</sub>

- **特别提示一**与职工医保相比，居民医保费用**结算的范围**存在以下不同：
  - **1.** 居民医保参保人因符合计生政策的流产、分娩等原因住院发生的医疗费也纳入居民医保住院费用的结算范围。而不是纳入生育保险或其它结算范围。
  - **2.** 居民医保结算费用范围增加了在校学生及未成年人、老年居民门诊记账药费。
  - **3.** 居民医保结算费用范围还包括了民政部门对低保、困难家庭参保人的社会医疗二次救助费用。

# 居民医保医疗费用结算的相关操作

## ——居民医保费用结算方式<sub>1</sub>

---

- （一）非从业居民及老年居民住院医疗费结算（与职工医保一致）：
- 按年度平均住院定额结算和清算；
- 部分指定病种或治疗项目医疗费用，按平均费用定额或周期限额（统称为补充定额）结算。

## 居民医保医疗费用结算的相关操作

### ——居民医保费用结算方式<sub>2</sub>

---

- **请注意：**

非从业居民及老年居民住院医疗费用结算虽然按职工医保的结算方式和住院定额结算标准执行，但是两个险种的**月结算和年度清算都是分开的。**

- **人均基本医疗费用分别计算和比较**

# 居民医保医疗费用结算的相关操作

## ——居民医保费用结算方式<sup>3</sup>

---

- （二）在校学生及未成年人住院医疗费结算：
- 采用经审核合理的前提下按服务项目结算方式。
- 月度结算时，按审核后的实际费用进行支付。
- 年终清算时，由医保中心对相关费用进行年度考核综合评分，根据考核评分结果确定最终支付比例。

## 居民医保医疗费用结算的相关操作

### ——居民医保费用结算方式<sup>4</sup>

---

- （四）所有居民门诊特定项目、门诊慢性病费用结算
- 与职工医保门诊特定项目、门诊慢性病费用的结算相同。

# 居民医保医疗费用结算的相关操作

## ——居民医保费用结算方式<sup>5</sup>

---

- （五）在校学生及未成年人、老年居民  
门诊记账药费结算
- 采用月度“结算诊次”记账医疗药费平均限额方式（简称“**诊次限额**结算方式”）和年度“定点人数”记账药费平均限额结算方式（简称“**定点人数限额**结算”方式）相结合方式。

# 居民医保医疗费用结算的相关操作

## ——居民医保费用结算方式<sup>6</sup>

---

- **1.“诊次限额结算方式”要点：**
- 如何计算诊次：参保人每在某一家医院连续**2**天内的全部门急诊诊次汇总计算为**1**个“结算诊次”，以第一次挂号的当日起，至次日结束止。
- 但注意：跨结算月度的连续**2**天则分别计结算诊次，即：在每月最后**1**天挂号就诊门（急）诊的，结算诊次只累计当天。次月的第一天另计。

# 居民医保医疗费用结算的相关操作

## ——居民医保费用结算方式<sup>7</sup>

---

- **1.“诊次限额结算方式”要点：**
- 只用于月度结算
- 同一结算诊次的所有门诊费用，居民医保基金按一个结算诊次进行结算支付。

## 居民医保医疗费用结算的相关操作

### ——居民医保费用结算方式。

- “**诊次限额结算方式**”限额标准为：  
社区卫生服务中心      **30元/诊次**、  
其他医院                      **40元/诊次**。
- 当月实际发生的月度平均“**结算诊次**”统筹基金报销的基本医疗门诊药费低于限额标准的，按实际记账费用结算支付；高于限额标准的，按**限额**结算。

# 居民医保医疗费用结算的相关操作

## ——居民医保费用结算方式<sup>1 1</sup>

---

- **2. “定点人数限额结算”方式要点：**
- 定点人数确定：当某个参保人选定某一家医院为门急诊选定医院时，不论什么时间开始，凡在本年度没有办理换选定医院的，都记为1个定点人数。如年中转点，则转出前累计/实际转入月份除以12，所得商为定点人数值。

# 居民医保医疗费用结算的相关操作

## ——居民医保费用结算方式<sup>1 2</sup>

- **例1:** 某学生保险年度开始后一直没有就医，在1月份前往某社区卫生服务中心门诊就医并办理药费记账结算，之后直到保险年度结束都没有再发生门诊就医，该学生对于该社区卫生服务中心而言应统计为一个定点人数。
- **例2:** 某参保人原以**A**社区卫生服务中心为门诊定点医院，因住址迁移**10**月份起改以**B**社区卫生服务中心为定点，则
- **A**医院统计该参保人的定点人数为 $3 \div 12 = 0.25$ 人，
- **B**医院统计该参保人的定点人数为 $9 \div 12 = 0.75$ 人。

# 居民医保医疗费用结算的相关操作

## ——居民医保费用结算方式<sup>1 3</sup>

- 定点人数只用于门诊药费年度清算
- 年度清算限额标准：  
未成年人、在校学生：社区卫生服务机构60元/人年、其他医院120元/人年；
- 老年居民（社区卫生服务中心）：360元/人年。
- 医院当年按“定点人数”计算的年度人均门诊记账药费，与其平均限额标准对比。人均记账药费额低于限额标准的，按实际记账额清算；高于限额标准的，按限额清算，超额部分不予支付。

# 居民医保医疗费用结算的相关操作

## ——居民医保费用结算方式<sup>14</sup>

例：某医院全年发生的门诊费用如下表：

人员类别	结算诊次	定点人数	医疗费总金额	自费金额	居民医疗保险共付段	
					自付金额	记帐金额
未成年人小计	1,200	600	50,000	5,000	13,000	32,000
老年居民	500	80	70,000	7,500	37,500	25,000
合计	1,700	680	120,000	12,500	50,500	47,000

# 居民医保医疗费用结算的相关操作

## ——居民医保费用结算方式<sup>1 5</sup>

- 假设：（1）在校学生和未成年人全年前**10**个月已支付**30000**元，最后**2**个月月结算应支付**2000**元。
- 在校学生和未成人人均记账药费 =  $32,000 \div 600 = 53.33$ 元 < 人均限额结算标准**60**元，所以在校学生的费用按月结算的实际费用支付。
- 则在年终清算时，在校学生与未成人拨付金额 = 最后**2**个月月结算应支付**2000**元。

# 居民医保医疗费用结算的相关操作

## ——居民医保费用结算方式<sup>16</sup>

- 假设：（2）老年居民全年前10个月已支付**20,000**元，最后2个月月结算应支付**5,000**元。
- 老年居民人均记账药费 =  $25,000 \div 80 = 312.50 <$  人均限额结算标准**360**元
- 全年应支付老年居民药费 =  $80 \times 312.5 = 25,000$ ；
- 年度前10个月月结算已支付金额 = **20,000**；
- 所以年终清算支付金额 =  $25,000 - 20,000 = 5,000$

# 居民医保医疗费用结算的相关操作

## ——居民医保费用结算方式<sup>17</sup>

---

- (3) 假设上例的老年居民全年定点人数只有**50人**
- 老年居民人均记账药费 =  $25,000 \div 50 = 500 >$  人均限额结算标准**360元**
- 全年应支付老年居民药费 =  $50 \times 360 = 18,000$ ;
- 年度前**10**个月月结算已支付金额 = **20,000**;
- 所以年终清算不但不再支付最后**2**个月的记账药费**5,000**，还要追扣金额 =  $20,000 - 18,000 = 2000$ 元。

## 居民医保医疗费用结算的相关操作

### ——居民医保费用结算操作要点<sub>1</sub>

---

- 居民医保的结算管理和结算流程大体上与职工医保相同，只是具体计算处理有一些差异。
- 在信息管理系统的开发最后完成之前，有一些功能还不能在系统上实现，需要各定点医疗机构大力支持配合，手工完成。

# 居民医保医疗费用结算的相关操作

## ——居民医保费用结算操作要点<sub>2</sub>

### ● (一) 费用申报流程

- 1、居民医保所有医疗费用须与城镇职工医保分开申报结算。（系统已分开）
- 2、操作：在原报表申报模块“结算申报”中，须注意选择相应的类型进行申报。

可选择项有：“城镇居民门诊申报”、“城镇居民住院申报”和“城镇居民门特申报”。

- 申报流程与城镇职工医疗保险一致。例如要进行门特和门慢费用申报，则选择“城镇居民门特月申报”后，确定申报时间段进行申报。

# 居民医保医疗费用结算的相关操作

## ——居民医保费用结算操作要点<sup>3</sup>

- (二) 门诊费用特殊申报要求
- 因医保信息系统未完成“结算诊次”自动计算的功能开发（实现自动计算后再另行通知），需要医院先在系统上进行“城镇居民门诊月申报”后，导出门诊申报汇总表，并在表中的备注栏填写申报月份的“结算诊次”，再向医保中心进行月结算申报。
- 具体申报“结算诊次”样式见下表：

## 广州市居民医疗保险定点医疗机构门诊医疗费月结算申报汇总表

定点医疗机构名称(章)：

交接业务  
号：

单位：元

人员类别	人次	人头	医疗费总金额	自费金额	部分项目自付金额	居民医疗保险共付段		超封顶线自付金额	备注
						自付金额	记帐金额		
学龄前儿童									
中小學生									
大中专學生									
其他未成人	14	1	500.00				200.00	300.00	5
未成人小計	14	1	500.00				200.00	300.00	5
老年居民									
合计	14	1	500.00				200.00	300.00	5

## 居民医保医疗费用结算的相关操作

### ——居民医保费用结算操作要点<sup>4</sup>

---

- （三）所有申报结算的费用，年度最后**2**个月的月度结算金额，延期到年度考核后，与年终清算支付金额一并拨付。

## 四、肿瘤专科医院“专科定点” 与“专科结算”

---

- 参保病人：在选定综合医院之外，经专科医院确诊为专科疾病需要专科治疗的参保人，
  - 委托专科医院代办定点；采用专用病历；
- 专科医院：制定《专科门诊准入标准》和《专科诊疗规范》；
  - 试行“责任医生”制度；
  - 试行院内专家评审后申报；
- 医保对医院结算：按合理项目支付（抽查病历请院外医疗专家评审打分），或
  - 专科定额（测算后再定）

---

谢谢!