

桂林市医疗保障局文件

市医保发〔2020〕1号

关于桂林市城乡居民基本医疗保险 实行门诊医疗统筹的通知

各县（市、区）医疗保障局，市社会保险事业局，各县（市、区）医保经办机构，各一级及以下定点医疗机构：

根据《广西壮族自治区人力资源和社会保障厅关于印发广西城乡居民基本医疗保险暂行办法的通知》（桂人社发〔2017〕1号）和《广西壮族自治区医疗保障局、广西壮族自治区财政厅、国家税务总局广西壮族自治区税务局关于做好2019年城乡居民基本医

使用情况适时调整，当年门诊医疗统筹不足支付的，从基金中支付。门诊医疗统筹不建立家庭账户或个人账户。

（二）定点医疗

参保人员在桂林市的一级及以下定点医疗机构（包括社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院、一体化管理的村级卫生室、学校医疗机构等）享受门诊医疗统筹。逐步推行定点医疗机构医生与

服务能力、参保人数、就诊人次人数、次均费用等因素，将年度付费总额控制指标下达给辖区实行一体化管理的社区卫生服务站、村级卫生室。学校内有定点医疗机构的，按参保学生人数或签约人头数及每人每年筹资标准，实行年度付费总额控制管理，由医疗保险经办机构按月或年度拨付给签约的校内定点医疗机构。

（四）医疗费报销比例

1. 一般诊疗费支付。取消药品加成的社区卫生服务中心、乡

每人负担1元/人次。达到门诊医疗统筹年度限额支付后，不再支付一般诊疗费。

2. 报销比例。参保人员在定点医疗机构门诊发生符合基本医疗保险支付范围的医疗费用，社区卫生服务中心、乡镇卫生院单日门诊医疗总费用不高于60元，由门诊医疗统筹报销65%；社区卫生服务站、个体化管理的村级卫生室，单日门诊医疗总费用不

高于60元，由门诊医疗统筹报销65%。参保人员在定点医疗机构住院发生符合基本医疗保险支付范围的医疗费用，由基本医疗保险统筹基金支付，起付线为1000元，封顶线为10万元。参保人员在定点医疗机构门诊发生符合基本医疗保险支付范围的医疗费用，由门诊医疗统筹基金支付，起付线为10元，封顶线为60元。

三、基金筹集和支出

（一）基金筹集。基金筹集采取个人缴费、政府补贴、社会捐助等方式。个人缴费标准为每人每年10元。政府补贴标准为每人每年10元。社会捐助标准为每人每年10元。

用完为止。门诊医疗统筹不能在定点零售药店使用。

三、执行时间

本文件自下发之日起执行。今后国家、自治区有新规定的，从其规定。



公开方式：主动公开

抄送：市卫生健康委、市教育局、各高等院校

桂林市医疗保障局办公室

2020年1月8日印发
