东医保发〔2023〕74号

鄂尔多斯市东胜区医疗保障局关于做好职工

基本医疗保险门诊统筹工作的通知

各参保单位、定点医药机构：

为切实做好职工基本医疗保险门诊统筹工作，保障参保职工门诊统筹权益，确保定点医药机构合理规范使用医保基金，现将有关事宜通知如下。

一、参保职工

（一）实行实名制就医购药

参保职工应执行就医购药实名制要求，不得由他人代为享受职工门诊统筹待遇。

（二）自主选择两定机构结算

参保职工可持医保电子凭证或社会保障卡，自主选择在两定机构进行门诊统筹结算。

（三）主动提供诊断书和外配处方（非处方药无需提供）

参保职工确需在定点药店或诊所购买处方药时应提供本地具有住院资质的定点医院或异地二级及以上具有住院资质的定点医院的纸质诊断书原件及纸质外配处方原件（门诊统筹系统完善后，在本地具有住院资质的定点医院诊治的，由其在门诊统筹系统内推送流转电子诊断书和处方，参保职工无需再提供纸质版相关资料，下同）。其中，患有长期慢性病的参保职工应提供当年纸质诊断书原件，若当年经复查后需要调整用药的，再次购药时应提供复查后的纸质诊断书原件和纸质外配药处方。患有普通疾病的参保职工应视其病程提供纸质诊断书原件，若短期内即可治愈或经复查后无需调整用药的，应提供一次即可；病程相对较长且经复查后需调整用药的，再次购药时应提供复查后的纸质诊断书原件和纸质外配处方原件。

（四）参保职工有下列情形之一的，不享受门诊统筹待遇

1.住院期间。

2.欠缴职工基本医疗保险费期间。

3.已享受门诊特殊病待遇。

参保职工因患有恶性肿瘤、器官移植术后、红斑狼疮症、尿素症、血液透析、白血病、脑出血和脑梗塞并发后遗症、糖尿病伴并发症、股骨头坏死症、传染性肝病、肝硬化、精神类疾病、血友病、再生障碍性贫血和经鄂尔多斯市基本医疗保险专家委员会认定的罕见疾病等特殊疾病，其所发生的符合职工基本医疗保险政策规定的门诊医疗费均比照一级定点医疗机构报销比例予以报销，不应重复享受门诊统筹待遇。

1. 在非门诊统筹定点医疗机构发生的门诊医疗费用。

（五）合理享受医疗保障待遇

《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条规定，“个人有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正；造成医疗保障基金损失的，责令退回；属于参保人员的，暂停其医疗费用联网结算3个月至12个月：

1.将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用。

2.重复享受医疗保障待遇。

3.利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其它非法利益。”

参保职工应认真遵守《医疗保障基金使用监督管理条例》的相关规定，合理享受医疗保障待遇，不能利用享受医疗保障待遇的机会非法获利。

二、定点医院

（一）建立门诊病历

应按规定为参保职工建立完备的门诊病历。其中，中医药和民族医药治疗应按照《中医病历书写规范》要求，在病历中体现中医和民族医四诊资料、诊断、证型、辨证论治、以何方加减化裁、具体药物组成、用法用量，运用非单纯性药物治疗的中医和民族医治疗项目应体现《内蒙古自治区医疗服务项目规范与价格》（2021版）对应治疗项目的内涵内容，即应有治疗知情同意书、治疗目的、治疗穴位或部位、治疗时长、治疗频次、操作记录（每次治疗均应有）、治疗记录确认单（每次治疗均应有）。

1. 按照《处方管理办法》处方用药

应按照《处方管理办法》之规定处方用药：一般处方不超过7天，急诊处方不超过3天，慢性病最长不超过12周。

1. 出具相关医疗文书

具有住院资质的定点医院应为在本院诊疗后仍需继续治疗，且自愿在定点药店或定点门诊购药的参保职工按照《卫生部诊断证明管理制度》的规定出具诊断书和外配处方。并且，应在诊断书中明确建议继续服用药物的名称、剂量、规格、用法用量和时长。外购药处方应符合《处方管理办法》的相关规定。在门诊统筹系统完善前可出具纸质版诊断书和外配处方，完善后应在门诊统筹系统内推送电子诊断书和处方。

（四）单独建立门诊统筹档案

应为参保职工单独建立门诊统筹档案（含电子档案和纸质档案），档案内应包含门诊病历、诊断书、处方、结算凭证。

（五）严格执行门诊统筹政策

要严格执行职工基本医疗保险门诊统筹政策，既要确保参保职工权益，将患有门诊特殊病的参保职工的符合医保政策规定的门诊医疗费用均按照一级定点医院的住院报销比例予以报销；又要确保参保职工不重复享受医疗保险待遇，不得将患有门诊特殊病的参保职工已按住院待遇报销的门诊医疗费再次纳入门诊统筹报销。同时不应将其它不符合门诊统筹政策规定的门诊医疗费用纳入门诊统筹予以报销。

1. 定点药店

（一）进销存系统

主动将进销存系统及时与医保部门连接，并实时向医保系统上传药品等相关数据。

 （二）监控系统

主动将监控系统及时与医保部门的监控系统相连接，同时将监控视频资料留存90天。

（三）严格按照规定售药

1.销售处方药。

应严格按照符合条件的定点医院出具的诊断书和外配处方中的药品名称、剂量、规格、用法用量和继续服药时长等为参保职工售药。每次售药时均按照一般处方不超过7天，确需多次购药的，总售药量不得超过诊断书建议的总服药量；慢性病每次售药最多不超过12周。

参保职工未提供符合要求的诊断书原件和外配处方原件等相关资料的，不得将其相关费用纳入门诊统筹予以报销。

门诊统筹系统完善后，可在系统内自行查阅电子诊断书和外配处方，无需参保职工出示纸质版相关资料。

2.销售非处方药。

 每次售药量不超过7天。

（四）单独建立门诊统筹档案

应为参保职工单独建立门诊统筹档案（含电子档案和纸质档案），档案内应包含诊断书复印件及参保职工出示原件截图（仅限销售处方药）、外配药处方复印件及参保职工出示原件截图（仅限销售处方药）、刷卡小票、结算凭证（需有参保职工本人或代办人签字确认）。且应保存2年，以备核查。

1. 定点诊所

（一）进销存系统

主动将进销存系统及时与医保部门连接，并实时向医保系统上传药品等相关数据。

（二）监控系统

主动将监控系统及时与医保部门的监控系统相连接，同时将监控视频资料留存90天。

 （三）就诊管理

 1.参保职工未在本机构首诊，仅在本机构购药。

应严格按照符合条件的定点医院出具的诊断书和外配处方中的药品名称、剂量、规格、用法用量和继续服药时长等为参保职工售药。每次售药均按照一般处方不超过7天，确需多次购药的，总售药量不得超过诊断书建议的总服药量；慢性病每次售药最多不超过12周。

参保职工未提供符合要求的诊断书原件和外配处方原件等相关资料的，不得将其相关费用纳入门诊统筹予以报销。

门诊统筹系统完善后，可在系统内自行查阅电子诊断书和外配处方，无需参保职工出示纸质版相关资料。

2.参保职工在本机构诊治。

一是应为其建立门诊病历，且中医门诊病历应按照《中医病历书写规范》要求，在病历中体现中医四诊资料、诊断、证型、辩证论治、治法、以何方加减化裁、具体药物组成、剂量、服用法等内容，运用非单纯性药物治疗的中医治疗项目的应体现《内蒙古自治区医疗服务项目规范与价格》（2021版）对应治疗项目的内涵内容，即应有治疗知情同意书、治疗目的、治疗穴位或部位、治疗时长、治疗频次、操作记录（每次治疗均应有）、治疗记录确认单（每次治疗均应有）。

二是中医非单纯性药物治疗的有关项目应按照治疗一次收取一次费用的原则进行收费，不得一次性按疗程收取费用，

三是一般处方不得超过7天，急诊处方不得超过3天，慢性病处方最多不超过12周，非处方药不超过7天。

（四）单独建立门诊统筹档案

应为参保职工单独建立门诊统筹档案（含电子档案和纸质档案），档案内应包含诊断书、外购药处方、门诊病历（本机构诊治）、售药小票、结算凭证（需参保职工本人或代办人签字确认）。

五、定点医药机构共性要求

（一）严格执行就医购药实名制

应严格执行实名购药制度，为参保人员提供门诊统筹保障购药服务时，须核对参保人员有效身份凭证，做到人证相符。特殊情况为他人代购药品的应出示代购人和被代购人身份证，并做好登记备案工作，以备查验。

（二）避免参保职工重复享受门诊统筹待遇

待门诊统筹系统完善后，定点医药机构为参保职工提供门诊统筹保障服务时，应于门诊统筹系统中查询参保职工本次购药前在其它定点医药机构购药信息，若其于短期内在不同定点医药机构频繁购买药品应及时通知医保部门。

若其本次购药与前次购买相同药物间隔时间未达到前述规定的，应拒绝为其售药。

 鄂尔多斯市东胜区医疗保障局

 2023年4月22日

 鄂尔多斯市东胜区医疗保障局 2023年4月22日