

普洱市医疗保险管理局

普医保〔2018〕22号

普洱市医疗保险管理局 关于调整 2018 年城乡居民基本医疗保险费用 结算有关问题的通知

各县（区）医保局、各定点医疗机构：

根据现行财政预算管理有关规定及《普洱市财政局关于请尽快落实解决思茅区城乡居民基本医疗保险预算不足的函》的要求，经与市财政局商定，对 2018 年城乡居民基本医疗保险费用结算有关事宜调整通知如下，请各县（区）遵照执行。

一、统筹区内费用结算调整原因和调整内容

（一）调整原因

2018 年城乡居民基本医疗保险预算于 2017 年 10 月编制，在编制预算时由于城乡居民医疗保险系统尚未整合，预算编制按

原 2017 年结算方式进行预算（原新农合参保人员跨县（区）之间和到市级就医费用由参保地医保经办机构结算）。随着城乡居民医保政策的整合，我市于 2017 年 12 月 4 日整合了城乡居民医疗保险信息系统，出台了《普洱市医疗保险管理局关于调整城乡居民基本医疗保险医疗费用结算方式有关问题的通知》，费用结算方式从 2017 年 12 月 1 日起调整为：城乡居民统筹区内跨县（区）之间发生的基本医疗费用由就医地定点医疗机构向就医地医保局申报结算。统筹区内除思茅区外的九县参保人员到市级和思茅区就医发生的基本医疗保险费用，由就医地定点医疗机构向思茅区医保局申报结算。而现行的基本医疗保险结算方式与 2018 年城乡居民基本医疗保险预算不吻合，造成 2018 年思茅区城乡居民基本医疗保险支出将超预算，故应作相应调整。

（二）调整内容

1. 2017 年 12 月 4 日至 2018 年 3 月 31 日统筹区内九个县参保人员到市级和思茅区就医发生的基本医疗保险费用调整为：该期间发生费用由市级和思茅区定点医疗机构向思茅区医保局申报结算，同时由思茅区医保局汇总报市医保局异地结算科向各县（区）清算分配，各县再按清算分配额度一次性划回思茅区医保局，并由思茅区医保局将垫付资金通过区财政退回市财政专户。

2. 2018 年 4 月至 11 月参保人员发生基本医疗保险费用改由定点医疗机构向各县（区）进行申报结算，即：按 2017 年结算

方式进行结算。

3. 从 2018 年 12 月起发生基本医疗保险费用，按照 2018 年 2 月 11 日《普洱市医疗保险管理局关于调整城乡居民基本医疗保险医疗费用结算方式有关问题的通知》进行结算，即：城乡居民统筹区内跨县（区）之间发生的基本医疗费用和大病补充医疗保险费用部分由就医地定点医疗机构分别向就医地医保局和承保大病补充医疗保险的商业保险公司申报结算。统筹区内除思茅区外的九县参保人员到市级和思茅区就医发生的基本医疗保险费用，由就医地定点医疗机构向思茅区医保局申报结算。

（三）2017 年 12 月 4 日至 2018 年 3 月 31 日各县到市级和思茅区就医发生的基本医疗保险费用结算支付流程：

市级和思茅区就医定点医疗机构向思茅区医保局申报结算（相关费用票据留存思茅区医保局）→由思茅区用“支出户存款”代各县垫付费用→各县依照市医保局异地结算科“清算表”（分县区“清算表”及分县区定点医疗机构“清算表”两张表为财务支付凭证），从各县“支出户存款”划到思茅区医保局“支出户”（各县上划费用时间要求在 2018 年 7 月 20 日前结清，思茅区医保局收到款项后及时退回区“财政专户”，再由区财政从“财政专户”退回普洱市城乡居民基本医疗保险基金“财政专户”）。

（四）调整帐务处理

2017 年 12 月 4 日至 2018 年 3 月 31 日各县到市级和思茅区

就医发生的基本医疗保险费用帐务处理

1.思茅区医保局帐务处理:

①思茅区医保局按 2018 年 2 月 11 日《普洱市医疗保险管理局关于调整城乡居民基本医疗保险医疗费用结算方式有关问题的通知》文件精神，在 2017 年 12 月 4 日至 2018 年 3 月 31 日期间支付医疗费用原帐务处理:

借: 待遇支出—xx

贷: 暂收款—定点医疗机构质保金(按市级和思茅区就医定点医疗机构向思茅区医保局申报结算费用的 5%扣款)

支出户存款(市级和思茅区就医定点医疗机构向思茅区医保局申报结算费用扣除 5%后的金额)

②思茅区医保局收到市医保局异地结算科各县(区)“清算表”时:

借: 暂付款——xx 县(代九县参保人员垫付医疗费用)

待遇支出—xx(红字,代九县参保人员垫付医疗费用扣除 5%后的金额)

贷: 暂收款—(红字,九县参保人员垫付医疗费用 5%扣款)

③思茅区医保局“支出户”收回代九县参保人员垫付的医疗费用时:

借: 支出户存款

贷: 暂付款——xx 县(代九县参保人员垫付医疗费用)

④思茅区医保局代九县参保人员垫付的医疗费用退回区“财政专户”时：

借：财政专户存款

贷：支出户存款

⑤思茅区“财政专户”将代九县参保人员垫付医疗费用退回市级“财政专户”时：

借：上级补助收入（红字）

贷：财政专户存款

2. 九县医保局帐务处理：

收到市医保局异地结算科各县（区）“清算表”时：

借：待遇支出—xx

贷：暂收款一定点医疗机构质保金（按本县参保人员到市级和思茅区就医定点医疗机构结算费用的 5%扣款）

支出户存款（按本县参保人员到市级和思茅区就医定点医疗机构结算费用扣除 5%后的金额）

3. 市医保局帐务处理：

市级城乡居民基本医疗保险“财政专户”收到思茅区“财政专户”退回的代九县参保人员垫付医疗的费用时：

借：财政专户存款

贷：补助下级支出（红字）

4. 市财政局帐务处理：

市级城乡居民基本医疗保险“财政专户”收到思茅区“财政专户”退回的代九县参保人员垫付医疗的费用时：

借：财政专户存款

贷：补助下级支出（红字）

二、异地就医费用结算调整原因和调整内容

（一）调整原因

在2018年10月编制预算时，由于城乡居民医疗保险系统尚未整合，2018年市本级城乡居民基本医疗保险预算异地就医费用为1,100万元，系统整合后，结算方式更加便捷，参保人员异地就医能直接在医院端即时结算，导致异地就医医疗费用增长迅猛，因此造成了市本级异地结算费用预算不足。

（二）调整内容

1. 现行城乡居民基本医疗保险异地就医医疗费用是由市本级统一预算支付的结算方式，暂调整为由各县（区）按发生费用额度从“支出户存款”上划到市级“财政专户”支付，调整期限：2018年3月至10月期间发生的异地就医费用。

2. 从2018年11月起恢复到现行结算支付方式，即：市本级统一预算支付城乡居民基本医疗保险异地就医医疗费用的结算方式。

（三）费用结算支付流程（2018年3月至10月支付费用）

各县（区）收到市医保局异地结算科出具的“普洱市下属县

(市、区)医保经办机构应收、应付费用的总计”、“普洱市城乡居民省内(省外)异地就医费用付款通知书”按应付费用的金额→从各县(区)“支出户存款”支付(异地结算相关表作为支付凭证)→普洱市城乡居民基本医疗保险基金“财政专户”→“财政专户”支付到各收款州市。

(四) 帐务处理

1. 各县(区)医保局帐务处理:

各县(区)医保局收到市医保局异地结算科出具的相关异地就医费用结算表格时:

借: 待遇支出—xx

贷: 支出户存款

2. 市医保局帐务处理:

①普洱市城乡居民基本医疗保险基金“财政专户”收到各县(区)异地就医费用时:

借: 财政专户存款

贷: 暂收款—各县(区)异地就医费用

②市级“财政专户”支付各收款州市时:

借: 暂收款—各县(区)异地就医费用

贷: 财政专户存款

3. 市财政局帐务处理:

①普洱市城乡居民基本医疗保险基金“财政专户”收到各县

(区)异地就医费用时:

借: 财政专户存款

贷: 暂收款—各县(区)异地就医费用

②市级“财政专户”支付各收款州市时:

借: 暂收款—各县(区)异地就医费用

贷: 财政专户存款

三、工作要求

各县(区)务必高度重视,严格按通知要求的结算方式和时间节点完成2018年城乡居民费用结算工作,并积极做好2019年收支预算编制的准备工作。

普洱市医疗保险管理局

2018年5月24日



抄送: 市财政局、各县(区)财政局

普洱市医疗保险管理局办公室

2018年5月24日 印发
