

威海市医疗保障局
威海市财政局文件
威海市卫生健康委员会

威医保发〔2020〕47号

威海市医疗保障局 威海市财政局
威海市卫生健康委员会
关于做好新型冠状病毒核酸检测
费用保障工作有关问题的通知

各区市医疗保障局、财政局、卫健局，国家级开发区人力资源和社会保障局、社会保障局、财政局、社会事务管理局，南海新区党群与人力资源部、财政局、公共服务局，中心区市有关定点医疗机构：

根据省委新冠肺炎疫情处置工作领导小组（指挥部）办公室《关于印发〈山东省核酸检测“应检尽检”工作方案〉的通知》（第449号）、山东省医疗保障局山东省财政厅山东省卫生健康委员会《关于做好新冠病毒核酸检测费用保障工作的通

知》（鲁医保发〔2020〕41号）以及山东省医疗保障局山东省发展和改革委员会山东省财政厅山东省卫生健康委员会《关于调整新型冠状病毒核酸检测等项目价格和医保支付政策的通知》（鲁医保发〔2020〕48号）精神，为做好我市新型冠状病毒核酸检测费用保障工作，现就有关问题通知如下：

一、全市定点医疗机构自5月29日起收治住院的我市及省内参保人员中，除确诊、疑似、隔离观察、隔离治疗患者外，医保基金按每人次住院只支付1次的标准，支付其新型冠状病毒核酸检测费用（包含检测试剂，下同），医保基金支付后的个人负担部分，由经治定点医疗机构同级财政部门给予补助。外省参保人员在我市异地就医的，核酸检测费用纳入异地就医联网结算系统与其他费用一并结算，医保报销和个人负担部分按参保地政策执行。确诊、疑似、隔离观察、隔离治疗患者仍按《关于进一步加强新冠肺炎疫情防控医疗保障工作的通知》（威医保发〔2020〕13号）的有关规定执行。

二、我市及省内在我市就医参保人员核酸检测费用的医保基金支付基准分段执行：5月29日至7月12日期间，按最高150元/人次执行；7月13日以后，按60元/人次和经治定点医疗机构检测试剂的实际采购价格之和执行。报销比例为：职工医保80%、居民医保60%。其中我市参保人员的检测费用不与本人住院及门诊慢性病费用合并计算，不计入医疗机构总额预付指标。

三、医保部门在医保结算系统中新增新型冠状病毒核酸检测、核酸试剂项目，定点医疗机构应做好系统对应。对发生的检测费用单独结算，对符合规定的参保人员先行垫付其个人负担部分，实现就诊患者个人负担减免。

定点医疗机构按月提取住院患者核酸检测费用数据，分别按照职工医保、居民医保统计各区市费用及医保报销情况，填报附表1和2，报送区市医保经办机构及财政部门。参保人员在省内异地就医的核酸检测费用由经治医疗机构单独手工结报，填报附表3和4，报送给患者参保地医保经办机构及所在区市财政部门。医保基金与财政补助资金按比例分别拨付至医疗机构。

四、做好新型冠状病毒核酸检测费用保障工作是贯彻落实省委、省政府决策部署，加强我市常态化疫情防控工作的重要措施，各区市医保、财政、卫健部门要高度重视，密切配合，及时将医保基金和财政补助资金拨付到位，切实抓紧抓实抓细。各区市医保、卫健部门要做好政策解释，指导定点医疗机构规范服务，及时准确做好统计报送工作，并按要求提供相关费用明细信息。各定点医疗机构要认真落实“应检尽检”工作要求，严格把握纳入医保基金支付人员范围，不得把政策范围外人员费用纳入医保基金结算范围。

附件：1. 威海市新冠病毒核酸检测费用申报表

2. 威海市新冠病毒核酸检测费用结算明细表
3. 省内异地就医新冠病毒核酸检测费用结算汇总表
4. 省内异地就医新冠病毒核酸检测费用结算明细表



附件 1

威海市新冠病毒核酸检测费用申报表

医院名称（章）：

医院编号：

经办机构：

结算时间：

就诊类别	核酸检测人次	核酸检测费（元）	医保支付金额（元）	财政补助金额（元）
住院（职工）				
住院（居民）				
合计				

负责人：

复核人：

制表人：

制表时间：

说明：本表一式肆份，经办机构存 2 份，财政部门、医疗机构各存 1 份。

附件 2

威海市新冠病毒核酸检测费用结算明细表

医院名称 (章):

医院编号:

医保经办机构:

费用结算时间: 年 月 日 — 年 月 日

就诊类别	姓名	身份证号	参保地统筹区	核酸检测费 (元)	发生日期

单位负责人:

复核人:

制表人:

制表时间:

说明: 本表一式叁份, 医保经办机构、财政部门、医疗机构各存一份

附件 3

省内异地就医新冠病毒核酸检测费用结算汇总表

医院名称（章）：

医院编号：

医保经办机构：

费用结算时间： 年 月 日 — 年 月 日

就诊类别	核酸检测人次	检测单价（元）	核酸检测费（元）	医保支付金额（元）	财政补助金额（元）
住院（职工）					
住院（居民）					
合 计					

单位负责人：

复核人：

制表人：

制表时间：

说明：本表一式肆份，经办机构存 2 份，财政部门、医疗机构各存 1 份。

附件 4

省内异地就医新冠病毒核酸检测费用结算明细表

医院名称 (章):

医院编号:

医保经办机构:

费用结算时间: 年 月 日 — 年 月 日

就诊类别	姓名	身份证号	参保地统筹区	核酸检测费 (元)	发生日期

单位负责人:

复核人:

制表人:

制表时间:

说明: 本表一式叁份, 医保经办机构、财政部门、医疗机构各存一份