

# 益阳市医疗保障局 文件 益阳市卫生健康委员会

益医保发〔2019〕28号

## 益阳市医疗保障局 益阳市卫生健康委员会 关于印发《益阳市城乡居民基本医疗保险 普通门诊统筹管理实施细则》的通知

各区县（市）医疗保障局、卫生健康委员会，大通湖区民政和人力资源社会保障局、大通湖区教育和卫生健康局，益阳高新区社会事务管理局：

为规范我市城乡居民基本医疗保险门诊医疗管理，现将《益阳市城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹管理实施细则》印发给你们，请认真组织实施。

益阳市医疗保障局

益阳市卫生健康委员会

2019年12月16日

(此件主动公开)

---

益阳市医疗保障局办公室

2019年12月16日印发

---

# 益阳市城乡居民基本医疗保险 普通门诊统筹管理实施细则

为完善我市城乡居民基本医疗保险制度政策体系，保障参保居民门诊基本医疗需求，规范城乡居民基本医疗保险（以下简称“城乡居民医保”）门诊医疗管理，提高城乡居民门诊医疗保障水平，根据《湖南省城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹管理暂行办法》（湘人社发〔2017〕94号）、《湖南省医疗保障局 湖南省财政厅 湖南省卫生健康委员会关于进一步完善城乡居民基本医疗保险门诊医疗保障政策的通知》（湘医保发〔2019〕20号）和《湖南省医疗保障局 湖南省财政厅 湖南省卫生健康委员会关于做好城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障工作的实施意见》（湘医保发〔2019〕34号）等文件精神，结合我市实际，制定本实施细则。

## **第一条** 城乡居民医保门诊统筹应遵循以下基本原则：

- （一）坚持基本保障，重点保障参保居民的门诊常见病、多发病、慢性病；
- （二）坚持互助共济，实现资金调剂使用和待遇公平；
- （三）坚持定点管理，主要依托基层医疗卫生资源，严格控制医疗服务成本，提高资金使用效率；
- （四）坚持分担机制，实行门诊医疗费用总额控制、合理分担。

**第二条** 普通门诊统筹资金（含基本医疗保险基金支付的家庭医生签约基础服务包服务费）筹资规模控制在当年城乡居民医保基金总额的 10%，特殊病种门诊筹资规模控制在当年筹资总额的 8%，普通门诊统筹基金和特殊病种门诊基金可统筹使用。

**第三条** 参保居民在协议基层医疗卫生机构发生的下列门诊医疗费用纳入门诊统筹资金支付范围：

（一）村卫生室提供的与其功能相适应的、符合基本医疗保险“三个目录”范围的基本医疗服务（含基本药物、中医药、民族医药）；

（二）乡镇卫生院、社区卫生服务中心按照分级诊疗服务功能定位提供的、符合基本医疗保险“三个目录”范围的门诊医疗服务（含基本药物、中医药、民族医药）；

（三）一般诊疗费纳入基本医疗保险基金支付范围的部分；

（四）参保居民与家庭医生服务团队签约的基础服务包基本医疗服务；

（五）经国家、省政策调整纳入支付范围的其他费用。

**第四条** 下列情形不纳入门诊统筹资金支付范围：

（一）在非定点的基层医疗卫生机构外发生的门诊医疗费用；

（二）超出普通门诊统筹最高支付限额的门诊医疗费用；

（三）享受特殊病种门诊医疗补助期间，因该病种发生的普

通门诊医疗费用；

（四）应当从工伤保险基金中支付的；

（五）应当由第三人负担的；

（六）应当由公共卫生负担的；

（七）其他政策范围外的医疗费用。

**第五条** 参保居民在协议基层医疗卫生机构就诊时，政策范围内门诊医疗费用不设起付线，支付比例 **70%**，一个结算年度内，门诊医疗费用最高支付限额 **600** 元。乡镇卫生院原则上最高限额 **50** 元/日，村卫生室原则上最高限额 **30** 元/日。“两病”患者门诊用药专项保障按湘医保发〔**2019**〕**34** 号文件执行，“两病”患者门诊用药专项保障、特殊病种门诊待遇和普通门诊统筹待遇不可重复享受。

**第六条** 医保经办机构在实施总额预算管理的基础上，门诊统筹资金实行按人头付费、总额包干方式。根据各乡镇（街道）参保居民人数、年均门诊人次、次均门诊费用水平等因素，分别测算各乡镇（街道）协议医疗卫生机构门诊统筹资金合理总额控制指标。总额控制指标（含家庭医生签约费）原则上不超过各乡镇参保人数筹资总额的 **10%**。参保居民在村卫生室使用门诊统筹资金额度，由乡镇卫生院根据村卫生室实际服务的参保居民人数、均次费用等因素统筹管理。医保经办机构按照“控制总额标准、人头包干付费、系统据实结算，统筹调节使用”的原则，与乡镇

（街道）医疗卫生机构签定服务协议，按协议进行拨付，年终考核后按协议清算。

**第七条** 门诊统筹资金实行年度总额包干，按季度预拨给协议乡镇（街道）医疗卫生机构，预拨不得超过一个季度额度，结余滚存，年终考核按协议结算。

**第八条** 有效衔接门诊医保特别是“两病”患者与家庭医生签约服务政策，进一步完善家庭医生签约服务管理办法，医保经办机构根据签约的人数和履约情况按规定拨付由基本医保支付的签约服务费（含基础服务包和个性化服务包费用），充分发挥家庭医生在居民健康管理和门诊统筹及“两病”管理政策中的作用。

**第九条** 参保居民在缴纳基本医疗保险费时，可在统筹地区公布的协议基层医疗卫生机构名单中自愿选择一家村卫生室、乡镇卫生院或社区卫生服务中心作为其门诊定点医疗服务机构，原则上一年一定。参保居民未选择、登记门诊定点医疗服务机构的，默认居民户籍所在地村卫生室、乡镇卫生院或社区卫生服务中心（不具备定点条件的除外）为其门诊定点医疗服务机构。参保居民未办理变更登记的，自动续期。

**第十条** 加快推进门诊统筹信息化建设。协议基层医疗卫生机构必须建立符合城乡居民医保管理要求的信息系统，并与城乡居民医保经办机构实现联网结算。

**第十一条** 门诊统筹协议基层医疗卫生机构由各统筹地区综合考虑基层医疗卫生机构的服务能力、参保居民就医意愿、是否与上级医院建立协作关系等因素确定，统一公布，动态管理。

**第十二条** 实行乡、村卫生服务一体化管理。乡镇卫生院（社区卫生服务中心）统一管理参与承担门诊医疗工作的村卫生室（社区卫生服务站），由其合理承担门诊统筹有关工作任务，并建立健全药品配送监管机制，督促配送企业按照药品购销合同规定将药品及时配送到位。同时，负责对村卫生室（社区卫生服务中心）实行门诊医疗进行相应培训。

**第十三条** 参保居民在协议基层医疗卫生机构发生的门诊医疗费用，只需支付按政策规定的个人负担部分；应由门诊统筹资金支付的部分，由城乡居民医保经办机构与协议基层医疗卫生机构定期结算。

**第十四条** 协议基层医疗卫生机构医务人员必须对就诊的参保居民进行身份核实、确认，并按合理检查、合理治疗、合理用药的原则，为参保居民提供必要的基本医疗服务。村卫生室要做到看病有登记、用药有处方、收费有单据、转诊有记录，并建立门诊台账。门诊台账样式由统筹地区城乡居民医保经办机构制定，至少应包括户主和患者姓名、住址、有效证件号码、就诊日期、初步诊断、门诊医药总费用、门诊统筹应支付费用、患者应自付费用、患者（或家属）签名、联系电话等内容。

**第十五条** 医保经办机构应与门诊统筹协议基层医疗卫生机构签订门诊统筹医疗服务协议，将门诊统筹政策要求、管理措施、次均费用、服务质量、考核办法、奖惩机制、参保居民满意度等落实到医疗服务协议中。门诊统筹医疗服务协议文本由各统筹地区城乡居民医保经办机构结合本地实际制定。

**第十六条** 医保经办机构应加强对门诊统筹协议基层医疗卫生机构协议管理和医疗服务日常监管。定期公布协议基层医疗卫生机构门诊医疗服务费用、质量、参保居民满意度等情况，公布投诉举报电话和邮箱，充分发挥社会监督作用。

**第十七条** 各级医疗保障行政部门应加强对门诊统筹协议基层医疗卫生机构以及医保经办机构履行门诊统筹医疗服务协议情况、参保居民遵守城乡居民医保政策的情况监督检查。

**第十八条** 协议基层医疗卫生机构及其医务人员违反城乡居民医保门诊统筹政策规定，弄虚作假、伪造医疗文书骗取、套取城乡居民医保门诊统筹资金的，由统筹地区医疗保障行政部门会同相关部门依法依规严厉查处。

**第十九条** 参保居民违规将本人有效证件借给他人或单位骗取、套取城乡居民医保门诊统筹资金的，取消违规当事人当年度门诊待遇，并按骗取、套取医保资金有关规定处理。

**第二十条** 医保经办机构、协议基层医疗卫生机构等有关单位要充分利用电视、报纸、广播、宣传栏等多种形式，做好城乡



居民医保门诊统筹政策的宣传、解释工作，引导参保居民积极参保登记、续保缴费，实现基层首诊，享受基本医保权益。

**第二十一条** 实行个人（家庭）账户的区县（市），应于 2020 年 1 月 1 日起取消个人（家庭）账户，全面实行门诊统筹。2022 年底前，原个人（家庭）账户累计结余资金可以由参保居民家庭成员按规定继续使用。

**第二十二条** 本细则由益阳市医疗保障局负责解释。

**第二十三条** 本细则自 2020 年 1 月 1 日起施行。