

肇庆市基本医疗保险普通门诊费用统筹 实施办法（征求意见稿）

第一章 总则

第一条 为进一步完善我市基本医疗保险制度，减轻参保人普通门诊医疗费用负担，逐步提高基本医疗保险保障水平，根据《广东省人民政府关于印发广东省“十三五”深化医药卫生体制改革规划的通知》（粤府〔2017〕55号）的有关要求，结合本市实际，制定本办法。

第二条 基本医疗保险普通门诊医疗费用统筹对象为参加本市城镇职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保），并按规定缴纳医疗保险费的参保人。

第三条 普通门诊统筹遵循以下原则：

（一）保障普通门诊基本医疗需求，重点解决参保人常见病、多发病、慢性病门诊医疗部分费用的原则。

（二）以基层卫生服务定点医疗机构为依托，引导参保人到基层就医，逐步实现“小病不出社区，大病到医院”的原则。

（三）普通统筹基金使用坚持以收定支、收支平衡、总额控制，略有结余的原则。

(四) 参保人权利与义务相对应原则。

第四条 肇庆市人力资源和社会保障行政部门负责全市普通门诊统筹的组织、管理、指导和监督工作。各县(市、区)人力资源和社会保障部门负责落实本辖区内普通门诊统筹的管理工作,并认真做好相关宣传工作。

各级社会保险经办机构贯彻落实本辖区内普通门诊统筹有关参保人医疗待遇的给付和统筹基金结算等管理服务工作。

市卫生计生行政部门负责做好门诊统筹定点医疗机构建设及相关医疗业务指导、监督工作。

市财政部门依照社会保险基金财务制度做好门诊统筹基金的财政专户管理、财务监督等相关工作。

第二章 基金筹集

第四条 普通门诊统筹基金筹集标准:

(一) 职工医保普通门诊统筹所需费用筹集:根据上年度我市职工医保参保人数(以12月参保人数为准),按每人每月5元的标准从职工医保统筹基金中逐月划入普通门诊统筹基金。

(二) 居民医保普通门诊统筹所需费用筹集:从当年城乡医保统筹基金中按每人每年40的标准划入普通门诊统筹基金,参保人个人不需另行缴纳。

第五条 当普通门诊统筹基金不足以支付待遇时,由肇庆

市人力资源和社会保障部门会同市财政、市卫生计生部门研究解决办法，报肇庆市政府批准后执行。

第六条 普通门诊统筹基金实行全市统筹，单独建账。任何单位和个人不得拖欠、贪污、挪用、截留和侵占，违者除责令如数归还外，还须依法追究其行政、法律责任。

第三章 普通门诊定点机构的选定和登记

第七条 普通门诊实行定点医疗管理。我市普通门诊定点医疗机构为本市基本医疗保险定点医疗机构中的基层卫生医疗机构，包括乡镇卫生院和社区卫生服务中心。普通门诊定点医疗机构应已建立医院信息管理系统，并按全市统一的实时结算软件接口要求，与基本医疗保险电子结算系统实现数据对接，实现医疗费用实时结算的医疗机构；

第八条 职工医保和城乡医保参保人按规定在定点医疗机构进行普通门诊就医：

1、职工和城乡医保参保人到我市基层医疗机构门诊就医，需选择一家基层卫生定点医疗机构作为普通门诊定点机构，持社会保障卡或身份证，到选定的普通门诊定点机构办理登记手续，普通门诊定点机构将参保人登记资料录入信息系统进行确认，并与当地社保经办机构做好信息对接。

2、参保人根据自身病情需要自行到纳入综合改革的公立医

院就医（具体名单另行公布），按规定报销门诊诊查费。

第九条 普通门诊定点机构的变更。参保人选定了普通门诊定点机构，在1个自然年度内不得变更。

参保人下一自然年度需重新选定普通门诊定点机构的，应于本年10月至12月办理变更手续；未办理变更手续的，视为继续选定原普通门诊定点机构。

第十条 参保人患病住院期间，不得同时享受普通门诊统筹待遇；享受特殊门诊的参保人在普通门诊就诊只能享受普通疾病的医疗待遇，发生与其特殊定病门诊相关的治疗费，普通门诊统筹基金不予支付。长期居住和异地安置并办理备案的参保人，不得在异地享受普通门诊统筹待遇。

第四章 医疗待遇

第十一条 普通门诊统筹待遇的支付范围：

（一）基层卫生定点医疗机构的一般诊疗费、实施综合改革公立医院的门诊诊查费。

（二）清创、缝合、换药、洗胃、导尿、灌肠费；

（二）胸片、数字化摄影（含CR、DR）、B超（含彩超），常规心电图检查；

（三）血液分析（含血常规）、尿液分析（含尿常规）、大

便常规检查、血糖测定、尿糖测定、肝功、肾功、电解质、血脂、乙肝五项检查。

（四）符合基本医疗保险支付范围的药品目录。

第十二条 普通门诊统筹待遇的支付标准。

（一）参保人一个自然年度内在我市普通门诊定点机构就医治疗，发生符合普通门诊统筹支付范围内的医疗费用（以下简称范围内费用），由普通门诊统筹基金按以下标准支付：

1、职工医保参保人发生的范围内费用，基金支付办法为：支付比例为 50%，在一个自然年度内，普通门诊统筹基金累计最高支付限额每人每年 150 元，不能结转下年度使用。

2、居民医保参保人发生的范围内费用，基金支付办法为：支付比例为 50%，在一个缴费年度内，普通门诊统筹基金累计最高支付限额每人每年 100 元，不能结转下年度使用。

3、参保人在一个自然年度内在已按规定执行一般诊疗费政策的镇（社区）级门诊定点医疗机构进行普通门诊治疗，每次报销一般诊疗费 7 元，纳入普通门诊年报销限额。

4、家庭医生签约服务包初级包内属于普通门诊统筹待遇的支付范围的费用，按规定纳入普通门诊待遇报销范围，纳入普通门诊年报销限额。

（二）纳入综合改革的公立医院调整后的门诊诊查费医保报销标准为 3 元/人/次。

（三）普通门诊统筹待遇不列入参保人基本医保基金年度

累计限额和大病（补充）医保年度累计限额范围内。

第十三条 参保人欠缴基本医疗费用的，暂停享受普通门诊统筹待遇。

第五章 医疗费用结算和服务管理

第十四条 参保人的医疗费用结算方式。参保人在普通门诊定点机构就诊，应出示本人社会保障卡和身份证等相关证件，发生符合政策范围的普通门诊报销医疗费用用普通门诊定点医疗机构即时结算。

第十五条 普通门诊医疗费用结算，指参保人在定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用结算，主要实行按人头付费，按项目为辅，具体结算办法另行制定。

第十六条 建立基本医疗保险服务质量考核制度。肇庆市人力资源和社会保障部门按照定点机构医疗保险服务质量考评办法，对普通门诊定点机构的基本医疗保险服务质量进行综合考核，规定服务质量保证金的返还办法，切实保障参保人权益。

第十七条 普通门诊定点机构的管理。普通门诊定点机构在服务场所、人员配置、技术设备、服务项目、服务时间等方面应按规定达到要求，完善信息化管理系统，对普通门诊统筹实行信息化管理。普通门诊定点机构应严格执行首诊负责制和因病施治的原则，以病人为中心，合理检查、合理治疗、合理

用药。

第十八条 普通门诊定点机构及其医务人员必须严格执行国家卫生部门制定的诊疗规范，合理合法行医，不得串通病人捏造病历资料和检查资料、串换药品、非法套取普通门诊统筹基金；一经发现，即追回违规取得的普通门诊统筹基金，并由市人力资源社会保障局视情节轻重责令其整改、通报批评、取消定点资格，直至追究有关法律责任。

第十九条 社会保险经办机构有权到普通门诊定点机构检查或提取医疗处方、收费凭证等与普通门诊统筹有关的原始和复印资料，普通门诊定点机构必须配合。对违反普通门诊统筹规定造成不合理的普通门诊统筹费用开支的普通门诊定点机构，社会保险经办机构按有关规定处理。

第二十条 参保人就诊时应尊重医务人员的诊疗决定，不得干预医务人员的诊疗行为，不得弄虚作假、冒名顶替、私自涂改单据等，一经发现，对直接责任人追回已支付的普通门诊统筹费用，并视情节轻重，暂停其年内普通门诊统筹待遇。对普通门诊统筹待遇给付有异议的，可向社会保险经办机构或定点医疗机构查询、反映，或向人力资源和社会保障部门投诉。

第二十一条 肇庆市社会保险基金监督委员会和各级人力资源和社会保障部门应建立群众来信来访、举报投诉制度，并在各定点医疗机构设立举报箱。对投诉事项要及时予以调查、处理和回复，对被检举、揭发的单位和个人，经查证属实的，

按医疗保险有关规定予以处理。

第二十二条 各级社会保险经办机构实施普通门诊统筹业务所需费用，不得从普通门诊统筹基金中支付，可向当地人民政府申请专项资金解决。

第二十三条 普通门诊统筹基金筹集标准及方式、医疗待遇支付比例、限额、范围等的调整，由市人力资源社会保障局会同相关部门根据本市经济发展、医疗消费水平以及普通门诊统筹基金支出情况提出意见，报市政府批准后作相应调整。

第六章 附则

第二十四条 本办法所称“普通门诊”是指通过利用普通门诊统筹基金解决参保人基本医疗保险特定病种门诊以外的门诊医疗。

第二十五条 本办法由市人力资源社会保障局负责解释。

第二十六条 本办法自2018年1月1日起施行。原《关于印发肇庆市基本医疗保险门诊医疗费用统筹暂行办法的通知》（肇人社发〔2012〕573号）中普通门诊政策同时废止。