

JNCR-2019-0700001

济宁市医疗保障局  
济宁市卫生健康委员会  
济宁市财政局

# 文件

济医保发〔2019〕25号

---

## 关于印发《济宁市居民基本医疗保险普通门诊 统筹暂行办法》的通知

各县（市、区）医疗保障局、卫生健康局、财政局，济宁高新区人力资源服务中心、太白湖新区社会保障事业服务中心、济宁经济技术开发区人力资源和社会保障服务中心，兖矿集团员工保障服务中心：

现将《济宁市居民基本医疗保险普通门诊统筹暂行办法》印发给你们，请认真贯彻执行。



(此件主动公开)

# 济宁市居民基本医疗保险普通门诊统筹 暂 行 办 法

## 第一章 总 则

**第一条** 为完善居民基本医疗保险制度，提高保障水平，减轻参保居民门诊医疗费用负担，根据国家、省有关要求和《济宁市居民基本医疗保险办法》（济政发〔2017〕29号）等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 普通门诊统筹是指参保居民因治疗常见病、多发病在县域内基层定点医疗机构发生的门诊医疗费用，由居民医疗保险基金支付的制度。

**第三条** 参加本市居民基本医疗保险并在县域内就医的人员可享受门诊统筹待遇，参保居民县域外普通门诊就医不纳入本办法。

**第四条** 开展普通门诊统筹工作遵循以下原则：

（一）依托基层。普通门诊统筹在医保协议管理的乡镇（街道）卫生院、社区卫生服务中心、村卫生室、社区卫生服务站、承担公共卫生职能的基层医疗机构、学校卫生室（所）实施。

（二）保障基本。医疗机构向参保居民提供适宜诊疗技术

和基本药物，保障参保居民常见病、多发病的诊治需求。

(三) 方便就医。参保居民就近选择定点医疗机构，就诊后发生的医疗费用实行联网即时结算。

(四) 总额控制。医疗保险经办机构与定点医疗机构之间的医疗费用结算，实行“总额预算、定额包干、结余留用、超支分担”的办法，建立医疗费用控制的激励约束机制。

## 第二章 基金筹集

**第五条** 门诊统筹所需基金从居民基本医疗保险基金中划拨，个人不缴费。

**第六条** 普通门诊统筹基金实行全市统一筹集标准，按每人每年70元的标准筹集使用。门诊统筹基金的筹集标准，视基金结余和医疗费用变化情况适时调整。

**第七条** 普通门诊统筹基金实行单独核算、单独管理。

## 第三章 医疗保险待遇

**第八条** 普通门诊医疗待遇：

(一) 起付标准：一个年度内，参保居民在乡镇（街道）卫生院、社区卫生服务中心发生的支付范围内的普通门诊医疗费用起付标准为10元，每日负担一次；村卫生室、社区卫生服务站和学校卫生室（所）不设起付标准。

(二) 支付比例：与辖区内家庭医生团队签约的参保居民发生的范围内普通门诊医疗费用，起付标准以上的部分，由

门诊统筹基金支付 50%；未签约的，由门诊统筹基金支付 40%。

(三) 最高支付限额：一个年度内，居民基本医疗保险普通门诊统筹基金最高支付限额为 200 元。

**第九条** 居民基本医疗保险普通门诊统筹待遇享受期与居民基本医疗保险待遇享受期相同。

#### **第四章 医疗服务和管理**

**第十条** 居民门诊统筹实行定点就医管理。参保居民以参保地乡镇（街道）为主进行就近签约。实施普通门诊统筹制度起步阶段，参保居民以参保地乡镇（街道）为主，在医疗保险信息系统自动默认签约本乡镇（街道）所属定点医疗机构；个人如需选择县域内其他定点医疗机构的，可自行签约，填写《济宁市居民基本医疗保险门诊统筹签约登记表》（见附件），由定点医疗机构通过医保信息系统上传至医保经办机构确认，医疗保障部门相应调整涉及定点医疗机构的统筹额度；门诊统筹制度逐步完善后，参保居民实行个人自愿选择、实名签约制度。高等院校学生、市属以上中专和技工院校的学生选择本学校卫生室（所）作为门诊就医的定点医疗机构。

参保人员与普通门诊统筹定点医疗机构签约后，在一个年度内不得变更。下一年度不变更定点的，视为续签服务协议。

议，不需再次签约；需变更的，应于每年12月1日至12月31日携带社保卡或身份证明到新选择的普通门诊统筹定点医疗机构办理变更手续。医疗保障部门相应调整涉及定点医疗机构的统筹额度。

未成年人由其监护人代为选择或变更普通门诊统筹定点医疗机构。

**第十一条** 参保居民在定点医疗机构就诊时，必须出示社会保障卡或居民身份证，自觉遵守居民医保的政策规定，按要求在有关结算单据（或村卫生室的门诊台账）上签名认可，并留存联系电话。

**第十二条** 定点医疗机构应严格执行居民基本医疗保险政策规定，建立门诊台账，做到看病有登记、用药有处方、收费有票据、转诊有记录，及时录入参保居民的就医信息，并上传至医疗保险经办机构进行结算。

**第十三条** 普通门诊统筹定点医疗机构无正当理由不得拒绝参保人员选择本单位为签约定点医疗机构；无正当理由不得推诿、拒绝参保人员就医。普通门诊统筹定点医疗机构应严格自律，杜绝虚报人员、伪造病历、分解治疗、重复治疗等行为。严禁将非门诊统筹支付范围的费用串换变通，纳入门诊统筹基金支付范围；严禁将定额与参保人员个人医疗待遇挂钩。参保人员对各定点医疗机构的不当医疗服务行为，可向医疗保障部门进行投诉举报。

**第十四条** 定点医疗机构根据病情严格控制用药数量，急性病患者每次开药量控制在3日内，慢性病患者开药量控制在7日内；特殊包装的药品可适当延长，但不得超过2周；慢性病、精神障碍等患者单次配药量可延长至1个月（不列入次均门诊费用考核）。

村卫生室年次均门诊费用不超过50元；乡镇（街道）卫生院、社区卫生服务中心（站）年次均门诊费用不超过75元；对年次均门诊费用超过标准的适当调整门诊总控指标。以后根据医疗费用变化和基本医疗保险基金筹集情况，适时调整次均门诊费用控制标准。

**第十五条** 参保大学生在寒暑假、实习、法定节假日及休学期间等发生的门急诊医疗费用和经本校批准转诊的普通门诊医疗费用先由个人全额垫付，返校后将就医有关材料交至学校按有关规定办理报销手续。

**第十六条** 门诊统筹费用支付限额仅限参保居民本人使用，家庭成员之间不统筹调剂使用。

**第十七条** 普通门诊统筹基金用于支付符合基本医疗保险《药品目录》、《诊疗项目目录》、《医疗服务设施范围》的普通门诊医疗费。

医疗保障部门根据签约人数，从普通门诊统筹基金中，按人均（一般人群、重点人群、60岁及以上老年人）每年10元的标准，支付家庭医生签约服务费，由乡镇（街道）卫生

院、社区卫生服务中心统一管理、统筹使用。

**第十八条** 居民门诊统筹基金不予支付的医疗费用：

(一) 参保居民在非定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用；

(二) 参保居民的慢性病门诊医疗费用；

(三) 学生及其他未成年人因意外伤害发生的门诊急诊医疗费用；

(四) 参保人员住院期间发生的门诊医疗费用；

(五) 不属于居民基本医疗保险普通门诊统筹基金保障范围的其他门诊医疗费用。

## **第五章 费用控制及结算管理**

**第十九条** 采取按人头付费、总量控制与质量考核相结合的结算方式，居民基本医疗保险普通门诊统筹医疗费用由县级医疗保险经办机构与乡镇（街道）卫生院、社区卫生服务中心直接结算；村卫生室、社区卫生服务站医疗费用由辖区乡镇（街道）卫生院、社区卫生服务中心负责结算。

根据上年底参保人数，按每人每年 65 元的标准核定当年度门诊统筹基金使用总额，其余 5 元作为风险储备金。全年总额控制指标平均分配到每个季度，县级医疗保险经办机构按季度对医疗机构报送的有关资料进行审核后结算。医疗机构垫付的资金在剔除不合理费用，低于或等于季度总控指标



的，按实际发生额预留 5% 的保证金后，其余资金拨付给医疗机构；高于季度总控指标的，总控指标以内的部分，预留 5% 的保证金，其余部分拨付给医疗机构；超出总控指标以上的部分暂缓结算，年终进行清算。其中，2019 年按每人 40 元的标准核定门诊统筹基金使用总额，其余 30 元统筹使用，用于支付定点医院 2019 年门诊统筹超支医疗费用。

**第二十条** 乡镇（街道）卫生院和社区卫生服务中心（站）总额控制指标的确定。每年年初，县级医疗保险经办机构根据乡镇（街道）卫生院（含村卫生室）、社区卫生服务中心（站）的服务范围、人数及承担的诊治任务等因素，提出总额控制指标的初步意见，经县级医疗保障局局长办公会研究同意，每年 2 月底前报市医疗保险经办机构。

乡镇（街道）卫生院和社区卫生服务中心总额控制指标的下达。市医疗保险经办机构对县（市、区）上报的总额控制指标情况进行认真审核、集体研究，报市医疗保障局局长办公会同意后，以市医疗保障局的文件下达给县（市、区）；县（市、区）医疗保障局按有关规定和要求，于每年的 3 月底前以县（市、区）医疗保障局的文件下达给乡镇（街道）卫生院和社区卫生服务中心，并通报给卫生健康和财政部门。

在全市普通门诊费用总额控制指标下达前，按照上年度医疗机构普通门诊费用总控指标按季度预拨付医疗费用。2019 年 9 月底前，按签约人数人均 10 元的标准预拨付 2019

年的医疗费用。

**第二十一条** 定点医疗机构须建立符合居民医保管理要求的信息系统，并与医保经办机构实现联网结算。参保居民只支付个人自负部分，统筹基金支付部分由医疗保险经办机构与定点医疗机构直接结算。

**第二十二条** 乡镇（街道）卫生院、社区卫生服务中心负责村卫生室、社区卫生服务站总额指标测算、分配、汇总及上报工作；负责对村卫生室、社区卫生服务站医保基金使用日常监督检查、医疗费用审核和医疗费用结算等有关工作。

**第二十三条** 定点医疗机构垫付的资金在扣除不合理费用后，低于总控指标的，结余部分用于支付下年度门诊统筹医疗费用；超出总控指标以上的部分，由门诊统筹调剂金按以下比例给予补助：超支10%（含）以内的部分，定点医疗机构承担40%，门诊统筹调剂金承担60%；超支10%—20%（含）的部分，定点医疗机构承担60%，门诊统筹调剂金承担40%；超支20%以上的部分，全部由定点医疗机构承担。定点医疗机构超支补助总额不得超过年度风险储备金总量，如出现超支补助总额超过年度风险储备金总量时，按医疗机构超支费用占超支总额比例进行补助。

**第二十四条** 大中专院校普通门诊统筹费用由县级医保经办机构直接拨付至学校统一管理使用，用于大中专院校学生普通门诊统筹费用支出、购买与基本医疗保险相衔接的商

业健康保险。

## 第六章 监督考核

**第二十五条** 县级医保经办机构应与乡镇（街道）卫生院、社区卫生服务中心签订医疗保险服务协议，明确普通门诊统筹政策要求、管理措施、次均费用控制标准、服务质量、考核办法、奖惩机制、参保居民满意度要求等。

乡镇（街道）卫生院、社区卫生服务中心要与所辖村卫生室、社区卫生服务站签订门诊统筹医疗服务管理责任书，对所辖村卫生室、社区卫生服务站实行统一管理、牵头负总责，对审核查出存在问题的村卫生室、社区卫生服务站，可向县级医疗保障部门提出处理意见。

**第二十六条** 医保经办机构应加强对门诊统筹定点医疗机构协议管理和医疗服务日常监管。定期公布定点医疗机构门诊医疗费用、服务质量、参保居民满意度等情况，要完善普通门诊和住院费用支出监测指标体系，建立动态分析制度，公布投诉举报电话和邮箱，充分发挥社会监督作用。

**第二十七条** 定点医疗机构及其医务人员违反居民医保门诊统筹政策规定，弄虚作假、伪造医疗文书骗取、套取居民医保门诊统筹资金的，由医疗保障行政部门会同相关部门依法依规严厉查处。

**第二十八条** 参保居民违规将本人有效证件借给他人或

定点医疗机构等骗取、套取居民医保门诊统筹基金的，取消违规当事人当年度门诊待遇，并按骗取、套取医保基金有关规定处理。

**第二十九条** 医保经办机构、定点医疗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。

**第三十条** 建立年度考核制度。县（市、区）医疗保障部门组织有关人员，对定点医疗机构执行医疗保险政策等情况进行年度考核，考核结果作为续签服务协议、拨付费用及补助超支医疗费的主要依据。乡镇卫生院、社区卫生服务中心负责对辖区内卫生室、社区卫生服务站日常检查；县级医疗保障部门进行复查；市级医疗保障部门进行重点抽查。

**第三十一条** 各级医疗保障、财政、卫健部门要加强对医疗保险门诊统筹资金的预决算管理，强化门诊统筹基金的监督检查。各级医疗保险经办机构要认真执行门诊统筹医疗保险政策，合理确定总额控制指标，切实做好医疗费用结算和清算工作，督促定点医疗机构认真履行服务协议，加强对医疗费用支出情况的日常检查。定点医疗机构要高度重视医疗保险工作，严格执行医疗保险政策，建立健全管理制度，做到合理诊疗、合理收费，为参保居民提供优质高效的服务。

## 第七章 附 则

**第三十二条** 居民医保门诊统筹实施后，取消居民基本医疗保险个人账户待遇。目前居民个人账户结余的资金，仍可用于门诊和药店就医购药。

**第三十三条** 本办法自2019年8月1日起实行，有效期至2021年7月31日。本市居民医疗保险有关政策规定与本办法不一致的，按本办法执行。

附件：济宁市居民基本医疗保险门诊统筹签约登记表

附件：

## 济宁市居民基本医疗保险门诊统筹签约 登记表

姓名		性别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	居住地	城镇 <input type="checkbox"/> 农村 <input type="checkbox"/>	照片
社保卡 号码						
详细住址	县（市、区）                      街道(乡镇)                      居委会（村）					
参保居民（或监护人）：（手印）  年 月 日			定点医疗机构（盖章）  年 月 日			
参保居民 联系电话			定点医疗机构 联系电话			

注：1、此表一式一份，留存定点医疗机构。

2、此表请用钢笔或签字笔填写。



