

HNPR—2011—13012

湖南省人力资源和社会保障厅 湖南省财政厅 文件

湘人社发〔2011〕113号

关于印发《湖南省城镇居民基本医疗保险 普通门诊统筹实施办法》的通知

各市州人力资源和社会保障局、财政局：

为进一步完善城镇居民基本医疗保险制度，拓宽保障功能，减轻参保居民门诊医疗费用负担，省人力资源和社会保障厅、省财政厅研究制定了《湖南省城镇居民基本医疗保险普通门诊统筹实施办法》。现印发给你们，请遵照执行。

各地在推进居民医保门诊统筹的过程中，如遇有新情况、新问题，请及时报告。



湖南省人力资源和社会保障厅



湖南省财政厅

二〇一一年八月三十日

主题词：城镇居民 医疗保险 通知

抄送：人力资源和社会保障部医疗保险司、财政部社会保障司

湖南省人力资源和社会保障厅办公室

2011年9月13日印发

湖南省城镇居民基本医疗保险

普通门诊统筹实施办法

为进一步完善城镇居民基本医疗保险（以下简称居民医保）制度，拓宽保障功能，减轻群众门诊医疗费用负担，根据国家深化医药卫生体制改革部署和《关于开展城镇居民基本医疗保险门诊统筹的指导意见》（人社部发〔2009〕66号）、《关于普遍开展城镇居民基本医疗保险门诊统筹有关问题的意见》（人社部发〔2011〕59号）精神，结合我省实际，制定本办法。

第一条 开展门诊统筹应遵循以下原则：坚持基本保障，重点保障群众负担较重的门诊多发病、慢性病；坚持社会共济，实现基金调剂使用和待遇公平；坚持依托基层医疗卫生资源，严格控制医疗服务成本，提高基金使用效率；坚持门诊医疗费用分担机制。

第二条 门诊统筹所需资金，由居民医保基金解决。普通门诊统筹资金按每人每年30元的标准在居民医保统筹基金中提取，实行总额控制，单独列帐管理。门诊大病管理办法另行制定，暂按各统筹地区目前确定的具体病种、支付标准执行。

第三条 参保居民在定点基层医疗卫生机构发生的下列门诊医疗费用纳入普通门诊统筹资金支付范围：

(一) 一般诊疗费纳入医保基金支付范围的部分；

(二) 《国家基本医疗保险药品目录》甲类药品（包括基本药物，属于医保乙类目录范围的省增基本药物按规定比例支付）；

(三) 诊疗项目中的血常规检查、尿常规检查、大便常规检查、血糖测定、尿糖测定、胸片、心电图、黑白B超、皮试、洗胃、清创缝合、导尿，以及基本医疗保险诊疗项目目录中零自付的中医诊疗项目。

下列医疗费用不纳入普通门诊统筹资金支付范围：

(一) 未在选择定的基层医疗卫生机构发生的门诊医疗费用；

(二) 享受特殊病种门诊补助期间，因该病种发生的普通门诊医疗费用；

(三) 应当从工伤保险基金中支付的；

(四) 应当由第三人负担的；

(五) 应当由公共卫生负担的。

第四条 参保居民在选择定的基层医疗卫生机构就诊时，门诊统筹起付额为10元/次。一个年度内发生的符合规定的门诊医疗费用最高支付限额为600元，最高支付限额内的门诊医疗费用支付比例为50%。超出最高支付限额的门诊医疗费用由参保居民个人负担。

第五条 积极探索基层首诊和双向转诊就医管理机制。门诊统筹定点医疗卫生机构由各市州人力资源和社会保障部门综合考虑医疗机构服务能力、参保居民意愿、是否与上级医院建立协作

关系等因素确定，统一公布。参保居民在按规定缴纳居民医保费时，应在公布的定点基层医疗卫生机构名单中选择一家作为门诊定点医疗服务机构，一般一年一定。参保居民未选择、登记门诊定点医疗机构的，默认居民参保所在地社区卫生服务中心或乡镇卫生院（不具备定点资格的除外）为其门诊定点医疗机构。

积极探索双向转诊，明确首诊、转诊医疗机构责任，逐步建立风险控制和费用分担机制。规范基层医疗机构上转病人，促进医院下转病人，推动形成分工合理的就医格局。

第六条 医疗保险经办机构在实施总额预算管理的基础上，实行按人头付费方式，核定各定点基层医疗机构服务的参保居民人数和门诊统筹费用总额。门诊统筹资金预留10%作为服务质量保证金，待年终考评达标后返还，其余90%按季度预拨给定点基层医疗机构统筹使用，据实结算。

定点基层医疗机构年度总费用超出总额控制标准的，门诊统筹资金不予弥补；年度总费用有节余的，节余费用由定点基层医疗机构结转到下年度门诊统筹继续使用。

第七条 参保居民在定点基层医疗机构就诊时，必须出示参保身份证明，并自觉遵守医疗保险各项政策规定。

定点基层医疗机构医务人员必须通过医保信息系统对就诊居民进行身份确认，按合理检查、合理治疗、合理用药的原则，保证门诊医疗服务质量。

第八条 定点基层医疗机构必须建立符合医保管理要求的信

息系统，并与医疗保险经办机构实行联网结算。参保居民在定点基层医疗机构发生的门诊医疗费用，只需支付个人负担部分；应由门诊统筹资金支付部分由医疗保险经办机构与定点基层医疗机构定期结算。

第九条 医疗保险经办机构应与门诊统筹定点医疗卫生机构签订门诊服务管理协议，将门诊统筹政策要求、管理措施、服务质量、考核办法、奖惩机制等落实到协议中，通过协议强化医疗服务监管。

第十条 医疗保险经办机构应在居民医保基金预算管理的基础上，对门诊和住院医疗费用支出单独列账、分开统计。完善门诊和住院费用支出监测指标体系，建立动态分析制度。

第十一条 市州人力资源和社会保障部门应加强对定点基层医疗机构和参保居民执行医疗保险政策的情况进行监督检查，按照《中华人民共和国社会保险法》和定点医疗机构管理办法等有关规定对违规违法行为进行处理。

医疗保险经办机构应定期公布定点基层医疗机构医疗服务费用、质量、群众满意度等情况，充分发挥社会监督作用。

第十二条 各市州人力资源和社会保障部门要高度重视居民医保门诊统筹工作，加强组织领导，明确工作要求，认真抓好落实，积极稳妥推进。尚未开展居民门诊统筹的市州，要确保在10月底前出台门诊统筹工作方案，11月底前启动实施；已开展居民医保门诊统筹试点的市州，要根据本办法进一步完善政策、

加强管理。各市州居民医保门诊统筹工作方案报省人力资源和社会保障厅审核后，由州市人民政府批准执行。

第十三条 门诊统筹工作政策性强，涉及面广，各级人力资源和社会保障部门要主动加强与相关部门的沟通协调，促进医改各项工作协同推进。有关单位要充分利用广播、电视、报纸、宣传栏等多种形式，做好居民医保门诊统筹政策的宣传工作。

第十四条 普通门诊统筹资金提取标准、门诊统筹支付范围和标准，由省人力资源和社会保障厅根据经济社会发展水平、基金收支情况、居民医疗消费需求等因素，在评估、测算的基础上适时进行调整。

第十五条 本办法由省人力资源和社会保障厅负责解释。

第十六条 本办法自公布之日起施行。