

HNPR-2017-13034

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〔2017〕94号

湖南省人力资源和社会保障厅 湖南省财政厅 关于印发《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》的通知

各市州、县市区人力资源和社会保障局，财政局：

现将《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》印发给你们，请结合实际遵照执行。



湖南省人力资源和社会保障厅



湖南省财政厅

2017年11月29日

（此件主动公开）

（联系单位：城乡居民医疗保险处）

湖南省人力资源和社会保障厅办公室

2017年12月11日印发

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

为完善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）普通门诊统筹管理，按照深化医药卫生体制改革“保基本、强基层、建机制”的总体要求，根据《湖南省城乡居民基本医疗保险实施办法》（湘政发〔2016〕29号）精神，结合我省实际，制定本办法。

第一条 普通门诊统筹（以下简称门诊统筹）所需资金，在城乡居民医保基金中提取，单独列帐管理。综合考虑城乡居民医疗需求、费用水平、卫生资源分布等情况，合理安排门诊统筹、特殊病种门诊医疗补助和住院医疗资金。门诊统筹资金（含家庭医生签约基础服务包基本医疗保险支付的服务费）规模原则上控制在当年度城乡居民医保基金总额的7%左右。

第二条 开展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）经省人力资源和社会保障厅研究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）未在定点的基层医疗卫生机构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。

第五条 参保居民在定点的基层医疗卫生机构就诊时，门诊统筹资金按下列标准支付：

(一) 村卫生室的支付比例不低于 70%；

(二) 乡镇卫生院、社区卫生服务中心的支付比例不低于 60%。

一个结算年度内，参保居民发生的政策范围内门诊医疗费用最高支付限额由各统筹地区结合实际、科学测算确定。已经与家庭医生签约并由基本医疗保险支付费用的居民，按实际用于普通门诊统筹的资金比例相应确定其门诊医疗费用最高支付限额。

第六条 参保居民在缴纳基本医疗保险费时，可在统筹地区公布的定点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。

第七条 参保居民在定点基层医疗卫生机构就诊时，必须出示参保身份证明（社会保障卡或居民身份证），自觉遵守城乡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，并留下联系电话。

第八条 门诊统筹定点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。

第九条 城乡居民医保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。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）定点基层医疗卫生机构门诊统筹资金总额控制指标。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、次均费用等因素统筹管理。

第十条 门诊统筹资金实行年度总额包干，按季度预拨给定点基层医疗卫生机构，结余滚存，年终考核并据实结算。

第十一条 加快推进门诊统筹信息化建设。定点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。

第十二条 参保居民在定点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定点基层医疗卫生机构定期结算。

第十三条 定点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。定点的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。

第十四条 城乡居民医保经办机构应与门诊统筹定点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。

第十五条 县（市、区）级城乡居民医保经办机构应加强对门诊统筹定点基层医疗卫生机构协议管理和医疗服务日常监管。定期公布定点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。

第十六条 各级城乡居民医保经办机构应在城乡居民医保基金预算管理的基础上，对普通门诊和住院医疗费用支出单独列账、分开统计。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。

第十七条 各市（州）、县（市、区）人力资源和社会保障行政部门应加强对门诊统筹定点基层医疗卫生机构以及城乡居民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进行监督检查。

第十八条 定点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，由统筹地区人力资源和社会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，按《中华人民共和国社会保险法》有关规定处理。

第二十条 城乡居民医保经办机构、定点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 实行门诊统筹条件尚不成熟的统筹地区，可因地制宜暂时实行门诊家庭账户，门诊家庭账户划拨标准与普通门诊统筹资金的标准保持一致。要结合实际制定门诊家庭账户管理办法，切实加强门诊家庭账户资金的规范管理。门诊家庭账户资金只能用于支付家庭成员在定点医药机构发生的普通门诊医疗费用或住院自负费用，不得用于冲抵年度筹资个人缴费部分。

第二十二条 各统筹地区人力资源社会保障部门根据本办法，制定具体实施细则。

第二十三条 本办法自 2018 年 1 月 1 日起施行。