

SYCR-2019-78003

# 邵阳市医疗保障局 邵阳市财政局文件 邵阳市卫生健康委员会

邵医保发〔2019〕17号

## 关于印发《邵阳市城乡居民基本医疗保险 普通门诊统筹实施方案》的通知

各县市区人民政府，市直相关单位：

现将《邵阳市城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹实施方案》印发给你们，请认真遵照执行。



邵阳市卫生健康委员会

2019年10月30日

# 邵阳市城乡居民基本医疗保险 普通门诊统筹实施方案

为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，提高城乡居民普通门诊医疗保障水平，根据《国家医疗保障局 财政部关于做好 2019 年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2019〕30 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）精神，结合我市实际，制定本方案。

## 一、总体要求

全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中全会精神，以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，认真落实国家、省医保局相关要求，完善城乡居民基本医疗保险制度政策体系，逐步提高门诊医疗保障水平，合理确定基层医疗卫生机构住院起付标准，调整优化基金支出结构，发挥医疗保险对医疗资源的调控作用，拓宽基本医疗保险保障功能，合理引导城乡居民到基层就诊，促进形成“基层首诊、分级诊疗、双向转诊、急慢分治”的良好局面。

## 二、工作目标

规范城乡居民医保门诊医疗管理，建立全市统一的城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹制度，2020 年起全面取消个人

（家庭）账户。普通门诊统筹实行按人头付费方式，坚持定点管理，稳步提高城乡居民门诊保障水平，依托基层医疗卫生资源，严格控制医疗服务成本，切实减轻参保人员门诊医疗费用负担，引导参保患者合理选择门诊治疗，提高医疗保险基金使用效率。

### 三、主要内容

**（一）基本原则。**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；坚持互助共济，实现资金调剂使用和待遇公平；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；坚持分担机制，实行门诊医疗费用总额控制、合理分担。

**（二）筹资标准。**普通门诊统筹所需资金，要根据城乡居民医疗需求、费用水平、卫生资源分布等情况合理安排，在城乡居民医保基金中提取，单独列账管理。原则上普通门诊基金（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%左右，特殊病种门诊筹资规模控制在当年筹资总额的 8%左右，普通门诊统筹与特殊病种门诊基金可统筹使用。

**（三）保障待遇。**参保居民在定点基层医疗卫生机构就诊时，政策范围内普通门诊医疗费用可纳入医保支付范围，年度内最高不超过 600 元（每人每日不超过 60 元），不设起付线，支付比例 70%。

**（四）支付范围。**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：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）；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）；参保居民与家庭医生服务团队签约的基础服务包中基本医疗保险应支付费用；经统筹区内医疗保障部门研究纳入支付范围的其他费用。

下列情形不纳入普通门诊统筹资金支付范围：未在定点的基层医疗卫生机构发生的门诊医疗费用；超出最高支付限额的门诊医疗费用；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；意外伤害门诊医疗费用；应当从工伤保险基金中支付的；应当由第三人负担的；应当由公共卫生负担的；村卫生室药品招标网外采购的药品。

**（五）取消个人（家庭）账户。**实行个人（家庭）账户的统筹地区，应于2020年1月1日起取消个人（家庭）账户，全面实行普通门诊统筹。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原规定继续使用。已取消个人（家庭）账户的，不得恢复或变相设置。

## **四、规范管理**

### **（一）强化定点协议**

1. 普通门诊统筹主要依托基层医疗卫生机构来组织实施，定点基层医疗卫生机构包括符合医保准入条件的乡镇卫生

院，村卫生室、社区卫生服务中心（站）、高校医务室等。各县市区要结合本地实际，综合考虑基层医疗卫生机构服务能力、参保居民就医意愿、是否与上级医院建立协作关系等因素，确定普通门诊统筹定点基层医疗卫生机构，实行统一公布，动态管理。

2. 各县市区医保经办机构应与定点基层医疗卫生机构签订普通门诊统筹医疗服务协议，将普通门诊统筹政策要求、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。医保经办机构与定点医疗机构签订的医疗服务协议，报市医疗保障部门备案后实施。

3. 各县市区医保部门应在城乡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，进一步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。

4. 各县市区医保经办机构应加强对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。

## **（二）规范医疗服务行为**

1. 定点基层医疗卫生机构应严格执行基本医疗保险政策，认真履行服务协议，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、收费有收据、转诊有记录，并建立统一的门诊台账，为参保患者提供合理、必要、优质的医疗服务。

2. 定点基层医疗卫生机构及其医务人员违反城乡居民医保普通门诊统筹政策规定，弄虚作假、伪造医疗文书骗取、套取城乡居民医保普通门诊统筹资金的，依据《中华人民共和国社会保险法》和《湖南省基本医疗保险监督管理办法》相关规定处理。

### **(三) 规范参保人员管理**

1. 参保居民在缴纳基本医疗保险费时，可在统筹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。

2. 参保居民在定点基层医疗卫生机构就诊时，必须出示身份证明(社会保障卡或医保卡、居民身份证等)，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。

3. 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；应由普通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。

4. 参保居民违规将本人有效证件借给他人或单位骗取、套取城乡居民医保普通门诊统筹资金的，依据《中华人民共和国社会保险法》和《湖南省基本医疗保险监督管理办法》相关规定处理。

## 五、组织实施

### (一) 推进医保支付方式改革

1. 普通门诊基金按照“控制总额标准、人头包干付费、系统据实结算、超支合理分担”的原则，在实施总额预算管理的基础上，实行按人头付费方式改革。普通门诊基金在预留20%的风险调节基金后，以乡镇为单位按人头按月预拨给定点基层医疗卫生机构，实行按月考核据实结算，结余滚存下月，超支部分以年度考核为依据，政策性亏损由医保部门与医疗机构按比例合理分担，非政策性亏损由医疗机构承担。有条件的县市区可探索实行乡级定点医疗机构“门诊+住院”总额控费模式，将乡级定点医疗机构年度内住院与门诊报销费用合并计算，设置总额控费指标，引导低费用段患者合理就医，控制门诊转住院，降低住院率。

2. 推行乡、村卫生服务一体化管理。参与承担门诊医疗工作的村卫生室（社区卫生服务站），由乡镇卫生院（社区卫生服务中心）统一管理，合理承担普通门诊统筹有关工作任务。乡镇卫生院与所辖定点村卫生室按照普通门诊统筹资金使用额度，由所在乡镇卫生院根据村卫生室实际服务的参保居民人数、次均费用等因素制定总额控制标准和统筹管理方案，报县

市区医保部门审定后实施。定点村卫生室结算普通门诊统筹资金，由所在乡镇卫生院统一申报、集中结算，医保经办机构审核后要将应支付费用直接拨付到乡、村定点医疗机构账户。

3. 鼓励按照“总量控制、结构调整、有升有降”的原则，适时调整医疗服务价格，逐步理顺医疗服务价格比价关系，支持基层医疗卫生机构发展。

## **（二）加强药物配送管理**

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。

## **（三）完善家庭医生签约服务**

各县市区要结合门诊医疗保障政策的实施，进一步完善家庭医生签约服务管理办法，依托基层医疗卫生机构或家庭医生团队建立规范的慢性病管理基础信息台账，并由家庭医生团队承担基础服务包和个性化服务包内确定的常见病、多发病的常规诊治和健康管理服务。基础服务包服务费由基本公共卫生服务经费、医保基金、签约居民共同分担，基础服务包签约服务费暂定 40 元/人/年，其中基本公共卫生补助经费支付 20 元，基本医疗保险基金支付 12 元（由各地医保经办机构核定后支付），个人支付 8 元。各县市区医保经办机构根据签约人数和履约情况按规定拨付由基本医疗保险基金支付的签约服务费（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医保付费控制中的作用。



#### **（四）完善信息化建设**

1. 各县市区要加快推进普通门诊统筹信息化建设，医保部门要根据普通门诊医疗管理工作需要，提高信息化管理服务水平，实现定点医疗机构与医保经办机构联网结算。

2. 各县市区要按照统一部署，进一步完善医保信息化监管功能，实现医保智能监管平台全覆盖。加强对基层医疗卫生机构的监督检查，依法依规严厉查处骗取、套取医保基金的行为。

### **六、保障措施**

**（一）加强组织领导。**各县市区要将完善城乡居民医保普通门诊医疗保障政策作为一项重要的民生工作来抓，加强统筹协调，进一步做好数据测算和分析，确保有关政策落实到位。

**（二）加强部门协作。**医疗保障部门要牵头推进实施城乡居民医保门诊医疗保障政策，研究制定具体方案，及时推动解决工作中遇到的新矛盾、新问题。卫生健康部门要进一步强化基层医疗服务能力建设，督促指导基层医疗卫生机构提升医疗卫生服务水平，加强疾病综合防治管理，结合县域内医共体建设，显著提高基层疾病诊治水平。财政部门要切实保障必要的工作经费。相关部门要密切配合，保障基层医疗卫生机构常见病、慢性病治疗必需的药品供应。

**（三）加强目标考核。**将患者满意度、医疗服务质量、费用控制、门诊率和住院率控制等指标纳入综合考核范围，考核结果与医保基金支付挂钩，确保基金合理使用，提高医保保障绩效。加强对家庭医生团队签约服务的管理和考核，督促其提

高履约服务能力。

**（四）加强宣传引导。**坚持正确的舆论导向，大力宣传完善城乡居民医保门诊保障政策的重要意义，及时准确解读具体政策和经办服务流程，提升广大参保居民的知晓度，引导患者在基层医疗卫生机构就医。

本方案试行期一年，试行期满后进行政策评估，并提出修订完善的建议，按程序报批后正式实施。