常州市市区职工基本医疗保险普通门诊统筹暂行办法

（2011 年 10 月 17 日常州市人民政府常政规〔2011〕9 号文发布）

第一条 为完善本市市区职工基本医疗保险制度，提高职工医保待遇水平，根据《中华人民共和国社会保险法》、《中共江苏省委江苏省人民政府关于深化医药卫生体制改革的实施意见》（苏发〔2009〕7 号）等有关规定，结合本市实际情况，制定本办法。

第二条 本市市区职工基本医疗保险普通门诊统筹，适用本办法。

本办法所称职工基本医疗保险普通门诊统筹（以下简称“普通门诊统筹”），是指对参加职工基本医疗保险的人员（以下简称“参保人员”），在一个自然年度内发生的达到一定起付标准、符合规定的普通门诊医疗费用（含院前急救医疗费用，下同），由职工基本医疗保险基金（以下简称“医保基金”）给予补贴的制度。

第三条 普通门诊统筹遵循以下原则：

（一）低水平起步，逐步减轻参保人员门诊医疗费用负担；

（二）以社区卫生服务机构、一级医疗机构等基层医疗机构为普通门诊统筹服务主体，积极引导参保人员就近就医，促进医疗资源进一步合理配置；

（三）妥善处理好普通门诊、门诊大病、门诊慢性病种、门诊特定病种、门诊特定诊疗项目等各项门诊统筹待遇的关系；

（四）多渠道筹集资金，扩大基金调剂使用范围，提高医保基金保障能力。

第四条 纳入普通门诊统筹的医疗费用应当符合基本医疗保险规定，符合基本医疗保险用药和诊疗服务项目范围，不包括参保人员发生的下列医疗费用：

（一）医保基金支付范围外的药品和诊疗服务项目费用；

（二）使用医保基金支付范围内的药品和诊疗服务项目，应当由个人按比例先行负担的费用；

（三）已经享受门诊大病、门诊慢性病种、门诊特定病种、门诊特定诊疗项目统筹待遇的医疗费用；

（四）不符合基本医疗保险规定的其他费用。

第五条 普通门诊统筹所需资金实行年度预算管理。根据医保基金承受能力、参保人员普通门诊医疗费用实际发生状况等因素，每年安排预算资金总额，资金来源目前主要从职工医保统筹基金和医疗救助基金中筹集。同时，积极探索拓展职工医保个人账户功能，提高个人账户资金使用效率。

第六条 普通门诊统筹实行首诊、转诊制。参保人员应当在规定的首诊医疗机构就诊，因病情需要转诊的，由首诊医疗机构负责将其转诊到市内其他医疗机构；需要市外转诊的，参照市外转院相关规定执行。

参保人员未经首诊医疗机构转诊而发生的普通门诊医疗费用，不纳入普通门诊统筹范围；参保人员急诊抢救、在市区指定专科医疗机构中指定专科门诊就医以及异地就医参保人员在异地就医的，不受首诊、转诊制的限制。

第七条 首诊医疗机构原则上在社区卫生服务机构、一级医疗机构等基层医疗机构中确定，市内转诊医疗机构在二、三级医疗机构中确定。首诊、市内转诊医疗机构和指定专科门诊类别具体名录由人力资源社会保障部门会同相关部门确定后向社会公布，并可根据实际情况予以调整。

积极探索建立全科医生制度，通过基层医疗机构及全科医生与参保人员建立相对稳定的服务关系，落实和完善首诊、转诊制。

第八条 普通门诊统筹设立起付标准、最高限额和补贴比例。起付标准统一为每年度1500元，最高限额分别为：在职人员3500元、退休（退职）人员4500元、建国前参加革命工作的老工人5500元。对超过起付标准但在最高限额以内的普通门诊医疗费用，其中，院前急救以及在社区卫生服务机构、一级医疗机构等基层医疗机构就医的，由医保基金补贴70%，在二、三级医疗机构就医的，由医保基金补贴50%。

参保人员急诊抢救或在市区指定专科医疗机构中指定专科门诊就医的，按前款规定标准确定医保基金补贴比例；参保人员市外转诊的，医保基金补贴比例在前款规定标准的基础上降低10%。异地就医参保人员在异地就医发生的普通门诊医疗费用，医保基金补贴比例与市内就医相应标准相同。

普通门诊统筹的起付标准、最高限额和补贴比例，可根据经济社会发展、医疗消费水平和医保基金支付能力等因素适时调整，具体调整办法由市人力资源社会保障部门会同财政等部门提出，报市人民政府批准后实施。

第九条 参保人员发生的可由医保基金补贴的普通门诊医疗费用，由医保经办机构按规定与定点医疗机构结算；应当由个人承担部分，由参保人员医保个人帐户或现金直接支付。

参保人员因院前急救、在非首诊或转诊医疗机构急诊抢救、市外转诊以及异地就医发生可由医保基金补贴的普通门诊医疗费用，由医保经办机构按规定予以报销。

第十条 在实行年度预算总额管理的基础上，探索建立医保经办机构与定点医疗机构的谈判协商机制，推行普通门诊统筹医疗费用按人头付费、总额预付等结算方式，具体结算办法由市人力资源社会保障部门会同市财政、卫生等部门另行制定。

第十一条 定点医疗机构应当遵循首诊、转诊制和因病施治原则，合理诊疗、合理用药、合理收费，认真记录参保人员病历，控制医保范围外费用所占比重，确保参保人员医保数据上传及时、准确和规范。

第十二条 医保经办机构应当通过实时监控、实地稽查等方式，做好普通门诊用药、检查、治疗发生医疗费用的审核工作，加强对定点医疗机构和参保人员普通门诊医疗费用的监管。

第十三条 参保人员普通门诊就医次数或发生的医疗费用明显违反临床医学客观规律，有初步证据证明其有违反基本医疗保

险规定行为的，人力资源社会保障部门可临时将其普通门诊统筹医疗费用实时结付改为凭发票报销，但应当依法立案调查，并于立案之日起60个工作日内完成调查；对情况复杂的，经人力资源社会保障部门负责人批准，可延长30个工作日。经调查未发现其有违反基本医疗保险规定行为的，应当即时恢复实时结付。

第十四条 定点医疗机构以欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取普通门诊统筹基金支出的，由人力资源社会保障部门责令其退回骗取的社会保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款；并由医保经办机构按照医疗保险服务协议追究其责任，情节严重的，可以解除医疗保险服务协议；直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的，依法吊销其执业资格。

参保人员以欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取普通门诊统筹待遇的，由人力资源社会保障部门责令其退回骗取的社会保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。

第十五条 享受公务员医疗补助待遇的参保人员，其普通门诊统筹待遇由市人力资源社会保障部门会同市财政部门另行制定。

第十六条 本办法所称门诊大病包括尿毒症、器官移植后、恶性肿瘤放化疗期、血友病、再生障碍性贫血；门诊慢性病种包

括恶性肿瘤、高血压（II、III级）、糖尿病、慢性肝炎（中、重度）、系统性红斑狼疮、帕金森氏综合症；门诊特定病种包括重症精神病、白内障、丙型肝炎；门诊特定诊疗项目包括体外冲击波碎石、高压氧治疗、经血管介入治疗、X 线计算机体层（CT）扫描、磁共振扫描（MRI）、单光子发射计算机断层显像（SPECT）、彩色多普勒超声检查。门诊大病、门诊慢性病种、门诊特定病种和门诊特定诊疗项目的具体范围，市人力资源社会保障部门可根据实际情况予以调整并向社会公布。

第十七条 本办法自 2011 年 12 月 1 日起施行。2011 年 12 月 1 日起至 2012 年 12 月 31 日止合并为一个普通门诊统筹医疗费用结算年度。我市以前有关规定与本办法不一致的，以本办法为准。