



关于印发阜新市城镇居民基本医疗保险 门诊统筹管理试行办法的通知

阜政办发〔2010〕107号

各县、区人民政府，市政府各部门，中省直各单位：

经市政府同意，现将《阜新市城镇居民基本医疗保险门诊统筹管理试行办法》印发给你们，请结合实际，认真组织实施。

阜新市人民政府办公室

二〇一〇年十二月二十九日

（此件公开发布）



阜新市城镇居民基本医疗保险 门诊统筹管理试行办法

第一章 总则

第一条 为建立健全阜新市城镇居民基本医疗保险制度，提高参保居民医疗保障和健康水平，根据人力资源和社会保障部、财政部、卫生部《关于开展城镇居民基本医疗保险门诊统筹的意见》（人社部发〔2009〕66号）及省人力资源和社会保障厅等部门《转发人力资源和社会保障部、财政部和卫生部关于开展城镇居民基本医疗保险门诊统筹的指导意的通知》（辽人社〔2009〕317号）精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称城镇居民基本医疗保险门诊统筹，是指提取部分城镇居民基本医疗保险基金，对参保居民在城镇居民基本医疗保险门诊统筹定点医疗机构（以下简称定点医疗机构），发生符合《辽宁省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》和《辽宁省基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施项目目录》规定的门诊费用，按照规定标准予以支付的制度。



第三条 本办法适用于参加城镇居民基本医疗保险的参保居民。

第四条 市人力资源和社会保障行政部门是基本医疗保险门诊统筹工作的主管部门，所属市医疗保险管理中心负责门诊统筹医疗保险管理工作。

第五条 实行门诊统筹应遵循以下原则：

（一）立足基本保障，费用共济分担，低水平起步，资金收支平衡；

（二）门诊统筹支付待遇与本市经济发展和医疗消费水平相适应；

（三）城镇居民基本医疗保险门诊统筹基金实行单独建账，专款专用；

（四）门诊统筹实行定点医疗机构就诊制度。

第二章 门诊统筹资金来源

第六条 城镇居民基本医疗保险按本年度城镇居民基本医疗保险收入总额的 20%标准筹集。



第三章 门诊统筹待遇

第七条 参保居民缴纳医疗保险费后，享受门诊统筹待遇与享受住院统筹待遇的时间一致。

第八条 门诊统筹基金设立起付标准和最高支付限额；在起付标准以内的及超过支付限额的由个人支付：

（一）每次起付标准为 50 元。

（二）年度累计最高支付限额为 150 元，每次就医最高支付限额为 60 元。

第九条 符合基本医疗保险范围的医疗费，在起付标准以上、最高支付限额以下的，由门诊统筹基金与参保居民按一定比例分担，门诊统筹基金支付比例为 40%。

第十条 参保居民有下列情形之一的，不享受门诊统筹待遇：

（一）在非选定的定点医疗机构就医；

（二）未持医疗保险卡就医；

（三）住院期间；

（四）未经有转院资格的定点医疗机构办理转外手续，在外地医疗机构发生的门诊医疗费；



（五）其他相关文件规定的基本医疗保险不予支付的情况。

第十一条 参保居民在上一年度内未发生城镇居民基本医疗保险住院费、门诊统筹费用，本年度发生城镇居民基本医疗保险统筹费用时，免收住院或门诊统筹首次起付标准。

第十二条 住院前检查、治疗费用已享受门诊统筹待遇，不再享受城镇居民基本医疗保险住院统筹待遇。享受城镇居民基本医疗保险门诊规定病种待遇的，不能同时享受基本医疗保险门诊统筹待遇。

第四章 门诊统筹结算

第十三条 参保居民发生的门诊医疗费用按规定应由个人自付的，由参保居民与定点医疗机构直接结算；应当由门诊统筹基金支付的，定点医疗机构先记账，再由医疗保险管理中心与定点医疗机构按月结算。

第十四条 对定点医疗机构支付门诊统筹费用实行“总量控制、定期结算、超支自负、年终考核”的办法。



第十五条 门诊统筹全年总量控制额度=人均定额×选择该定点医疗机构的参保人数。医疗保险经办机构按月与定点医疗机构结算，月结算额度=总量控制额度/12。

第十六条 定点医疗机构每月5日前将上月发生的门诊统筹医疗费用相关资料报医疗保险经办机构审核。医疗保险经办机构于20个工作日内结算上月门诊统筹医疗费用。经确认合理的门诊统筹医疗费用，高于当月结算额度的，按当月结算额度的95%拨付；低于当月结算额度的，按当月实际发生合理的医疗费用的95%拨付，另5%作为门诊统筹医疗服务质量保证金。

第十七条 年终决算。全年所发生的合理的门诊统筹医疗费用，高于全年门诊统筹总量控制额度的，则拨付全年门诊统筹总量控制额度的95%减去全年已经拨付的门诊统筹费用的剩余部分；低于全年门诊统筹总量控制额度的，则拨付全年实际发生合理的门诊统筹医疗费用的95%减去已经拨付的全年门诊统筹费用的剩余部分。

第十八条 全年预留的5%门诊统筹医疗服务质量保证金，按对定点医疗机构年度考核结果兑付。



第十九条 实际门诊统筹医疗费用低于全年总量控制额度，结余额度的 10%奖励该定点医疗机构，结余额度的 90%转入下年度使用。

第二十条 参保居民选定的定点医疗机构因条件限制不能提供确有必要的有关检查或医疗项目的，定点医疗机构应当为其办理转诊手续。在转入医院发生的经转出定点医疗机构允许且符合门诊统筹规定的医疗费用，应由其门诊统筹定点医疗机构按规定支付，支付比例减少 5%。

第五章 门诊统筹管理

第二十一条 建立准入退出机制。承担门诊统筹医疗服务的医疗机构实行定点管理，由人力资源和社会保障行政部门考核确定门诊统筹定点资格。选择二级及二级以下基本医疗保险定点综合医院，指定部分专科医院为门诊统筹定点医院，及将规模较大、管理好、符合标准的基本医疗保险定点卫生服务中心、卫生服务站等，做为城镇居民门诊统筹试点单位，逐步推开。

定点医疗机构违反医疗保险规定，有骗取、套取医疗保险基金，推诿患者、过度医疗致使门诊统筹不能正常运行，不认真核



对医疗保险卡、证，导致参保人冒名顶替的；经营不合格药品，摆放生活用品、化妆品等其他商品，开展有奖销售、礼品赠送等促销活动，拒绝提供与费用审核相关的电脑及书面资料、账目清单，拒绝接受有关部门监督检查的，视其情节轻重给予有关处理，直至取消其城镇居民基本医疗保险门诊统筹定点资格或基本医疗保险定点资格。

第二十二条 医疗保险经办机构应当与门诊统筹定点医疗机构签订《阜新市城镇居民基本医疗保险门诊统筹医疗服务协议》，纳入基本医疗保险定点医疗机构管理。

第二十三条 定点医疗机构要严格执行医疗保险政策各项规章制度，遵循因病施治、合理检查、合理用药、合理收费原则，为参保人提供及时、有效的治疗，保证医疗服务质量。

第二十四条 定点医疗机构要建立内部微机管理系统、参保居民就诊台账；建立严谨详实的财务账目，入货凭证要齐全，实际开药品种、数量，诊疗项目与向医保部门传输的信息要相符；对参保居民处方要单独装订保存，不许将自费药品等申报为医疗保险目录内药品记账，不许将乙类药品申报作为甲类药品结算，不许减免门槛费，不许多申报医疗费用；建立健全门诊病志，内容记录要完整。



第二十五条 参保居民可在门诊统筹定点医疗机构范围内，自主选择一个定点医疗机构就医，一经选定后当年内不能变更。下一年度如需变更到其他定点医疗机构，参保居民可在本年末之前缴纳医疗保险费时申请变更。未申请变更的则视为原选定的门诊统筹定点医疗机构不变。

第二十六条 具有门诊统筹定点资格的医疗机构，选择其门诊统筹就医的参保居民低于 2000 人，市医疗保险管理中心不与其签订基本医疗保险门诊统筹服务协议，参保人可重新选择其它定点医疗机构。

第二十七条 参保居民就诊时，应持本人的《医疗保险手册》和医疗保险信息卡。严禁转借、仿造和涂改医疗保险手册和医疗保险信息卡。

第二十八条 参保居民要自觉遵守规定，服从诊疗需要，不得擅自要求开与所患疾病、病情不符的药品或诊疗项目。对参保居民不合理的要求，医务工作人员有权拒绝。



第六章 监督管理

第二十九条 城镇居民基本医疗保险门诊统筹基金纳入社会保险基金财政专户统一管理，实行收支两条线，单独列账，独立核算，专款专用，不得挤占、挪用。

第三十条 要建立城镇居民基本医疗保险门诊统筹基金管理制度，形成地方税务部门负责征收；人力资源和社会保障部门负责支付、管理；财政部门负责资金拨付、监管；审计部门监督；卫生部门负责对医疗服务机构的建设、监督与管理工作的运行机制。明确责任，各司其责，确保城镇居民基本医疗保险门诊统筹稳健运行。

第三十一条 医疗保险经办机构要建立健全内部管理制度，加强城镇居民基本医疗保险基金收支管理，并接受审计、财政、人力资源和社会保障部门的监督检查。并将基金收支情况、结余情况综合分析，及时报行政主管部门，由其向市政府提出调整门诊统筹政策的意见。

第三十二条 医疗保险经办机构加强对定点医疗机构的监督检查、业务指导，对违反规定的费用，不予支付，并依据协议等



有关规定给予处理；对弄虚作假、虚报冒领、骗取医疗保险基金的，应当予以追回，并向人力资源和社会保障等有关部门报告。有关部门要依照法定职责，予以处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第三十三条 参保居民有权查询享受城镇居民基本医疗保险门诊统筹待遇情况。

第三十四条 参保居民及其他社会成员有权对城镇居民基本医疗保险门诊统筹费收支，门诊统筹待遇给付中的违法、违规行为进行举报。对医疗保险经办机构工作人员、玩忽职守、滥用职权、徇私舞弊等违法行为，依据相关法律、法规、规章规定予以处理；情节严重，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

对举报人按照基本医疗保险有关奖励办法给予奖励。

第三十五条 参保居民与定点医疗机构合伙骗取、套取医疗保险基金的，取消其参加基本医疗保险资格二年。情节严重构成犯罪的，移送司法机关。

第三十六条 定点医疗机构违反本办法有关规定的，按《辽宁省基本医疗保险违规行为处理暂行办法》等有关规定予以处理。



第七章 附则

第三十七条 城镇居民基本医疗保险门诊统筹的缴费标准，基金年度最高付限额、起付标准、支付比例等需要调整时，由人力资源和社会保障行政等有关部门报市政府批准后进行调整。

第三十八条 因突发流行性疾病和自然灾害等不可抗拒因素造成的大范围门诊医疗费或因特殊情况出现的总量超支，由政府协调解决。

第三十九条 因投毒、食物中毒等其他原因造成的救治门诊医疗费，由责任人负责。

第四十条 本办法由市人力资源和社会保障局负责解释。

第四十一条 本办法自 2011 年 7 月 1 日起施行。