

绵阳市人力资源和社会保障局
绵阳市财政局文件
绵阳市卫生和计划生育委员会

绵人社办〔2018〕81号

关于城乡居民基本医保实施中有关问题的
处理意见

各县市区、高新区人力资和社会保障局、财政局、卫计局，各园区劳动保障服务中心、财政局、社发局：

2017年我市进行了城乡居民基本医保制度整合，针对整合工作实践中反映出的有关情况，经研究提出如下意见，请遵照执行。

一、关于门诊统筹费用的构成和使用范围

(一) 门诊统筹费用构成

门诊统筹是城乡居民医保基金重要组成部分，2018 年按人均 120 元/年标准从城乡医保基金中进行统筹预算，用于参保患者在门诊统筹定点医疗机构发生的普通门诊费用中合规费用与一般诊疗费（含挂号费、诊查费、注射输液费、药事服务成本费）的报销。

1. 一般诊疗费，根据市发改委、市卫生局和市人社局《关于印发绵阳市基层医疗卫生机构一般诊疗费项目价格实施办法的通知》（绵市发改收费〔2011〕1083 号）和省发改委、省卫生厅《关于调整村卫生室一般诊疗费标准的通知》（川发改价格〔2012〕1180 号）的规定，对基层医疗卫生机构实施国家基本药物制度和药品零加成后，需对其运行成本由医保基金进行一部分补偿。明确在政府举办的乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）和村卫生室，参保人员就医时产生的一般诊疗费，由门诊统筹基金报销。其中乡镇卫生院和社区卫生服务中心（站）10 元/人次，参保居民门诊就医时不再缴纳；村卫生室 5 元/人次，其中参保居民自费 0.5 元。

2. 普通门诊统筹费用，根据市政府《绵阳市城乡居民基本医疗保险暂行办法》（绵府发〔2017〕15 号）规定，限额标准为每人每年 90 元，参保居民当次报销比例为 70%，剩余 30%由参保居民自费。

(二) 门诊统筹费用使用范围

1. 一般诊疗费的使用范围。根据市发改委、市卫生局和市人社局《关于印发绵阳市基层医疗卫生机构一般诊疗费项目价格实施办法的通知》（绵市发改收费〔2011〕1083号）规定，一般诊疗费只在政府举办的乡镇卫生院（社区卫生服务中心）及村（社区）卫生室（站）范围内使用。

2. 普通门诊统筹费用的使用范围。为方便参保居民就近就医并享受门诊统筹待遇，门诊统筹定点医疗机构由医保经办机构在具有基本医疗保险定点资格的乡镇卫生院和农村一级及以下社会办医医疗机构、村卫生室，城区的社区卫生服务中心（站）中择优确定。

二、关于门诊统筹费用总额控制

1. 市医保局下达门诊统筹费用总控指标。市医保局在全市城乡居民基本医保门诊统筹基金年度预算额度内，2018年暂按年人均85元标准（其中一般诊疗费30元、普通门诊统筹费用暂按55元），以县市区、园区本年度参保居民人数，下达门诊统筹费用控制总额。

实施门诊统筹的在绵高校，2018年按人均85元的标准由市医保局向其划拨门诊统筹包干经费。

2. 县市区、园区制定本区域总控指标。在市医保局下达的门诊统筹基金年度控制额度内，县市区、园区医保经办机构根据服务能力、上年度门诊服务人次、服务质量等因素，对定点的乡镇、街道门诊统筹实施医院下达年度控制额。乡镇、街道门诊统筹定

点医院负责本辖区内村（社区）卫生室的管理。

3. 门诊统筹费用结算。门诊统筹费用由协议管理的医保经办机构与门诊统筹定点医疗机构在控制额度内按月结算，年度清算，超支不补。各门诊统筹定点医疗机构不得以超总额预算为由推诿患者或要求参保人员负担一般诊疗费。

4. 总控指标调整。医保经办机构每年 11 月底前，可根据当年门诊统筹定点医疗机构发生的门诊就医情况，在本地区控制额范围内对辖区一般诊疗费和普通门诊统筹总额控制指标进行调整。一般诊疗费和普通门诊统筹总额控制分解及调整方案应报同级人社行政部门审定。

5. 有关要求。门诊统筹费用的具体分解办法由县市区、园区根据本地实际制定。医疗机构发生的一般诊疗费、普通门诊统筹医疗费用的审核、结算、清算程序、办法、标准按相关文件规定执行。

三、门诊统筹费用结余与亏损分摊原则

门诊统筹费用年度决算后，按照市级统筹基金管理的有关规定，有结余的县市区、园区，结余部分的 20%留存市级统筹基金，80%返回当地；出现亏损的县市区、园区，亏损部分的 20%由市级统筹基金承担，80%由当地用市级统筹基金县级留存部分承担，市级统筹基金县级留存不足部分，由县市区、园区财政弥补。门诊统筹基金纳入城乡居民基本医保基金市级统筹支出考核。

四、关于转诊转院

1. 转诊转院原则。按照“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗制度，形成“小病在基层，大病到医院，康复回社区”的就医格局。参保人员到城区二级及以上医疗机构住院治疗，应由居住地乡镇卫生院、社区卫生服务中心或其他一级及无等级医院转诊（因急诊等特殊原因经参保地医保经办机构审核同意的除外）。

2. 参保居民经门诊转诊到其他住院治疗的，不享受住院起付线减免。

五、强化门诊统筹监督管理

1. 参保居民在门诊统筹定点医疗机构就医时，应出示本人社会保障卡，并持卡就医。

2. 门诊统筹定点医疗机构职责。门诊统筹定点医疗机构应认真核验参保人员的身份信息，做好门诊就医记录，妥善保存处方、就医记录及门诊医疗费用发票等资料以备核查；临床医生应根据参保病人病情，合理检查，合理用药，合理治疗，并在门诊病例中真实完整记录诊治和处方情况。

3. 医保经办机构强化监管惩处。医保经办机构应加强一般诊疗费、普通门诊统筹医疗费用的审核、结算、稽查工作。对发现定点医疗机构有违反医疗保险相关规定的，按照服务协议规定从严处理，对涉及到的医保医师列入失信名单，将按规定暂停、取消或永久停止其医保医师服务资格，并将处理结果及时向社会公开，涉嫌犯罪的，移送司法机关。

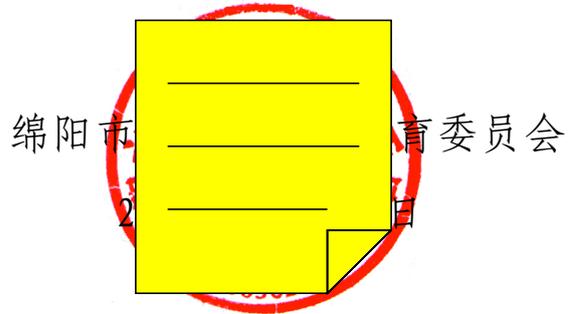
本通知自发文之日起施行，有效期至 2019 年 12 月底。本市原城乡居民基本医疗保险门诊统筹有关规定与本通知不一致的，以本通知为准。



绵阳市人力资源和社会保障局



绵阳市财政局



绵阳市教育委员会

信息公开选项：主动公开

抄送：市医保局、市人社信息中心

绵阳市人力资源和社会保障局办公室

2018 年 3 月 7 日印发