

濮阳市医疗保障局文件

濮医保〔2020〕6号

濮阳市医疗保障局 关于进一步规范城乡居民门诊统筹工作的 通知

各县（区）医疗保障局，开发区、工业园区、示范区医疗保障部门，市社会医疗保险处，中原油田统筹中心：

根据市医保局 市财政局 市卫生健康委《关于转发豫医保〔2019〕12号文件全面开展城乡居民门诊统筹工作的通知》（濮医保〔2019〕97号）规定，为进一步做好全市城乡居民门诊统筹工作，现将有关事宜通知如下：

一、关于门诊统筹定点医疗机构确定

（一）参保居民享受门诊统筹待遇前，本人或其法定监护人（赡养人）应就近自主选择一家城乡居民医保定点乡镇卫生院（社区卫生服务中心）或村卫生室（社区卫生服务站），领取并填写《濮阳市城乡居民门诊统筹定点医疗机构选择确

认单》（附件1），作为本人或家庭成员的门诊统筹定点医疗机构。

（二）为方便参保居民享受门诊统筹待遇，以村（社区）为单位集体组织参保缴费的居民，门诊统筹定点医疗机构可由参保地医疗保险经办机构统一确定；以学校为单位集中参保缴费的在校大中专学生，门诊统筹定点医疗机构由所在学校统一确定并执行全市统一的门诊统筹待遇标准；在基层定点医疗机构参保登记的居民，相应医疗机构可视同本人选择的门诊统筹定点医疗机构。

（三）县级定点医疗机构或其他基层定点医疗机构需纳入门诊统筹定点范围的，由医疗保险经办机构确定后向社会公布，供参保居民自主选择。

（四）定点医疗机构要将《濮阳市城乡居民门诊统筹定点医疗机构选择确认单》中有关信息录入城乡居民医保信息系统，并上传至医疗保险经办机构。

二、关于门诊统筹定点医疗机构变更

一个自然年度内，参保居民已在定点医疗机构享受门诊统筹待遇的，当年内不得进行定点医疗机构变更，可于下个自然年度开始后首次享受门诊统筹待遇前，到新定点医疗机构领取并填写《濮阳市城乡居民门诊统筹定点医疗机构变更确认单》（附件2），由定点医疗机构将参保居民的有关信息录入城乡居民医保信息系统，并上传至医疗保险经办机构后，完成门诊统筹定点医疗机构变更。未办理变更手续的参保居民，其门诊统筹定点医疗机构按年度自动顺延。

三、关于门诊统筹基金支付

(一) 已执行一般诊疗费政策的定点医疗机构, 一般诊疗费统一纳入门诊统筹医疗费用, 实行按人头付费。

1. 年度控制总额=定点人头数或上年实际就诊人头数×当年门诊统筹基金人均筹集标准。

2. 每月预付额度=实际定点人头数或上年实际就诊人头数×当年门诊统筹基金月人均筹集标准×95%, 其中: 定点医疗机构当月实际门诊统筹基金支出低于每月预付额度的, 预留 5% 的服务质量保证金后据实结算; 高于每月预付额度的, 按照每月预付额度预留 5% 的服务质量保证金后进行结算, 超出部分年终按规定统一清算。根据年度考核结果, 统一清算全年服务质量保证金。

3. 年终清算。次年 3 月底前, 医疗保险经办机构根据定点医疗机构上年度年终实际定点人头数, 重新计算年度控制总额, 如定点医疗机构门诊统筹基金实际支出高于年度控制总额的, 高出部分由定点医疗机构承担; 低于年度控制总额的, 建立合理结余留用的激励机制, 具体标准如下:

(1) 门诊统筹基金实际支出达不到年度控制总额 60% (含 60%) 的, 据实结算;

(2) 门诊统筹基金实际支出在年度控制总额 60%-70% (含 70%) 的, 结余部分的 40% 补偿给定点医疗机构;

(3) 门诊统筹基金实际支出在年度控制总额 70%-80% (含 80%) 的, 结余部分的 50% 补偿给定点医疗机构;

(4) 门诊统筹基金实际支出在年度控制总额 80%-100%

(不含100%)的,结余部分的60%补偿给定点医疗机构。

4. 医疗保险经办机构可根据工作实际,对定点乡镇卫生院(社区卫生服务中心)及其下辖村卫生室(社区卫生服务站)按人头统一支付门诊统筹医疗费用,再由各定点乡镇卫生院(社区卫生服务中心)对其下辖村卫生室(社区卫生服务站)分别核算、支付门诊统筹医疗费用。

(二)已实行家庭医生签约服务的定点医疗机构,不得再收取一般诊疗费,其发生的门诊统筹医疗费用,参照已执行一般诊疗费政策的定点医疗机构,从当年门诊统筹基金人均筹集标准中减去家庭医生签约服务费(13元/人/年)后,实行按人头付费;其家庭医生签约服务费单独结算。

(三)未执行一般诊疗费政策且未实行家庭医生签约服务的定点医疗机构,其发生的门诊统筹医疗费用,参照已执行一般诊疗费政策的定点医疗机构,实行按人头付费。

四、关于家庭医生签约服务费支付

(一)定点医疗机构家庭医生签约服务费实行年初预拨与年终清算相结合,由医疗保险经办机构根据参保居民实际就诊人头数或签约参保居民人头数和年终考核结果,对定点医疗机构进行结算:

1. 年初预拨额度=上年度参保居民实际就诊人头数或签约参保居民人头数 $\times$ 人均预拨金额,其中:人均预拨金额由医疗保险经办机构结合工作实际合理确定。

2. 年终清算额度=本年度参保居民实际就诊人头数或签约参保居民实际就诊人头数 $\times$ 13元/人 $\times$ 年度考核支付率,

其中：

(1) 年度考核支付率参照当年门诊统筹服务质量保证金支付比例确定，不再另行制定考核标准。

(2) 家庭医生签约服务采取团队形式的，医疗保险经办机构对家庭医生签约团队涉及的各定点医疗机构，统一计算人头数，并对牵头组建家庭医生签约服务团队的定点医疗机构统一确定年终结算额度、统一清算全年家庭医生签约服务费。

(3) 牵头组建家庭医生签约服务团队的定点医疗机构根据工作绩效，要按照“民主协商、多劳多得、优绩优酬”的原则，对团队内各定点医疗机构的家庭医生签约服务费进行合理分配。

(二) 对未实行药品零差率、人员经费财政全额供给的定点医疗机构，其家庭签约医生服务费（一般诊疗费）支付标准由各县（区）医疗保障部门结合本地实际自行确定。

五、关于门诊统筹医疗服务管理

(一) 在非门诊统筹定点医疗机构就医的参保居民，不享受门诊统筹待遇。新生儿按规定办理参保登记后，可享受出生当年门诊统筹待遇。

(二) 已办理异地居住备案的参保居民，在异地定点医疗机构发生的门诊医疗费用，可凭加盖就诊医疗机构公章的门诊发票、处方（费用清单）到参保地医疗保险经办机构通过零星报销的方式享受门诊统筹待遇。一个自然年度内，其门诊统筹报销最高限额为当年门诊统筹基金人均筹集标准。

(三) 定点医疗机构应当为参保居民建立完整的门诊病历档案并妥善保管, 杜绝门诊大处方、分解处方和过度诊疗行为。单张门诊处方乡级医疗机构超过 100 元、村级医疗机构超过 50 元的, 应同时经参保居民或其法定监护人(赡养人)、定点医疗机构医保负责人签字, 以备医疗保险经办机构核查。

(四) 定点医疗机构私自留存参保居民社会保障卡、虚记医疗费用、串换药品或诊疗项目、诱导消费或诱导年终突击消费、无正当理由拒绝参保居民选择定点、推诿符合诊治范围参保病人以及存在其他违规行为的, 由医疗保险经办机构按照协议管理规定, 视情节轻重给予通报批评、限期整改、扣减门诊统筹费用或年度控制总额、暂停定点服务、终止定点服务等处理。

(五) 市医疗保障部门结合一般诊疗费(家庭医生签约服务费)支付、“两病”门诊用药保障、医疗保障扶贫等工作, 另行制定以群众满意度为主要内容的门诊统筹医保服务质量考核办法。

附件:

1. 濮阳市城乡居民门诊统筹定点医疗机构选择确认单
2. 濮阳市城乡居民门诊统筹定点医疗机构变更确认单



附件 1

濮阳市城乡居民门诊统筹定点医疗机构选择确认单

户主姓名			身份证号		
家庭住址				联系电话	
关系	姓名	性别	身份证号		
参保居民 意见	本人及以上家庭成员自愿选择_____为_____年度门诊统筹定点医疗机构。 户主（或家庭代表）签字：_____年 月 日				
定点 医疗机构 意见	法人代表（或医保负责人）签字（盖章）：_____年 月 日				

备注：本选择确认单由定点医疗机构负责留存。

附件 2

濮阳市城乡居民门诊统筹定点医疗机构变更确认单

户主姓名		身份证号	
家庭住址			联系电话
关系	姓名	性别	身份证号
参保居民 意见	本人及以上家庭成员原门诊统筹定点为_____, 现自愿变更为_____,为_____年度门 诊统筹定点医疗机构。 户主(或家庭代表)签字: _____年 月 日		
新定点 医疗机构 意见	法人代表(或医保负责人)签字(盖章): _____ _____年 月 日		

备注: 本变更确认单由定点医疗机构负责留存。

濮阳市医疗保障局办公室

2020 年 1 月 14 日印发