

关于印发沈阳市城镇居民基本医疗保险门诊统筹试行办法的通知

沈人社发〔2010〕66号

各区、县（市）人力资源和社会保障局、财政局、卫生局，各参保单位及定点医疗机构：

为贯彻落实国家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指导意见》（人社部发〔2009〕66号）、辽宁省人民政府办公厅《关于印发2009年全省医药卫生体制改革工作要点的通知》（辽政办发〔2009〕93号）和《关于进一步明确医疗保险任务加快推进医疗保险工作的通知》（辽人社〔2009〕229号）等文件精神，经市政府同意，决定开展城镇居民基本医疗保险门诊统筹，现将《沈阳市城镇居民基本医疗保险门诊统筹试行办法》印发给你们，请遵照执行。

沈阳市人力资源和社会保障局
沈阳市财政局
沈阳市卫生局
二〇一〇年五月三十一日

沈阳市城镇居民基本医疗保险门诊统筹试行办法

第一条 为落实医药卫生体制改革实施方案制定的目标，切实减轻居民门诊医疗费用负担，特制定本办法。

第二条 居民医保门诊统筹适用人群。本办法适用于参加本市居民医保的在校中小學生（大学生居民医保门诊统筹办法已单独制定）及其他未成年人、成年居民及老年居民。

第三条 居民医保门诊统筹原则。一是要在坚持基本医疗保险政策规定的基础上，充分考虑门诊医疗服务特点和城镇居民对门诊医疗基本保障的迫切需要；二是要立足基本保障，从低水平起步，逐步减轻居民门诊医疗费用负担；三是要试行社会共济，统筹使用，提高基金保障能力；四是要依托基层社区卫生服务机构，方便参保人员就医，降低医疗成本，杜绝医疗浪费。

第四条 居民医保门诊统筹基金来源及标准。门诊统筹基金从参保人员个人缴纳的和政府补助的基本医疗保险费中提取。门诊统筹基金每人每年按40元标准划拨，实行专账管理，单独核算。

在校大学生门诊统筹基金提取标准由原来的每人每年20元调整为每人每年40元。

第五条 居民医保门诊统筹基金支付范围。

参保人员因常见病、多发病的普通门（急）诊就医和意外伤害门诊就医，符合基本医疗保险支付范围的实行零差价的基本药物费用、诊疗费、处置费、常规检查费（详见门诊统筹诊疗项目目录）均由门诊统筹基金按规定标准给予支付。

参保人员享受门诊规定病种待遇的医疗费用、或因急诊抢救留观转住院和急诊死亡的门

诊医疗费用均由基本医疗保险统筹基金给予支付，门诊统筹基金不予重复支付费用。参保人员在住院期间不重复享受门诊统筹待遇。

第六条 居民医保门诊统筹基金起付标准、支付比例及年最高支付限额。一个自然年度内，发生的符合基本医疗保险支付范围的普通门（急）诊医疗费用和意外伤害门诊医疗费用先由个人累计承担门诊统筹起付标准 300 元；起付标准以上符合基本医疗保险支付范围的医疗费用，门诊统筹基金支付比例为 50%；门诊统筹基金最高支付限额年累计 300 元。

第七条 居民医保门诊统筹定点医疗机构管理。居民医保门诊统筹定点医疗机构由区、县（市）政府按照区域卫生规划认定的执行基本药物零差价的社区卫生服务中心及其所属的社区卫生服务站和乡镇卫生院承担。符合条件的基层医疗机构由市人力资源和社会保障局授予居民医保门诊统筹定点医疗机构资格，并与市医疗保险管理中心（简称市医保中心）签订服务协议。

承担门诊统筹医疗服务的定点医疗机构要严格遵守医疗保险规定及要求，因病施治，合理检查、合理用药、合理收费，不得推诿参保人员，要为参保人员提供下列服务：进行健康调查和健康教育，建立健康档案，并每年进行一次基础健康查体；开展预防保健，对常见病、慢性病进行生活环境、生活方式、治疗方案的干预和指导，进行跟踪、随访监控管理；提供门诊治疗，开展出诊、巡诊服务等。要按时完成就诊记录、门诊处方收集、门诊报销台账和医疗保险卡、《就医手册》登记备查等基础工作。市医疗保险行政管理部门和市医保中心应严格按照服务协议进行监管和考核。

第八条 居民医保门诊统筹就医管理。居民医保门诊统筹实行定点就医管理，本着就近的原则，参保人员应将户籍所在地或居住地执行基本药物零差价的社区卫生服务中心（站）或乡镇卫生院作为本人门诊统筹就医的定点医疗机构，并持本人医疗保险卡和《就医手册》到该社区卫生服务中心（站）或乡镇卫生院登记备案。参保人员门诊统筹就医定点医疗机构一旦确认，原则上一年内不得变更。

参保人员因普通门（急）诊或意外伤害门诊就医时，应持医疗保险卡和《就医手册》在选定的门诊统筹定点医疗机构就医。

第九条 居民医保门诊统筹费用结算方式及拨付方式。参保人员在选定的定点医疗机构门诊就医，直接享受门诊统筹医保待遇，个人只需支付个人自付部分；在非选定的门诊统筹定点医疗机构门诊就医，不予支付门诊统筹待遇。

门诊统筹费用由市财政部门核准、市医保中心负责按各门诊统筹定点医疗机构服务的参保人数、人均门诊统筹费用标准拨付。每年分两次预拨付 90%给各社区卫生服务中心（或乡镇卫生院）统筹使用，剩余 10%留作服务质量保证金，待年终考评达标后返还（考核细则另行制定）。

第十条 居民医保门诊统筹费用实行包干使用，专款专用。节余门诊统筹费用由定点医疗机构结转到下年度门诊统筹继续使用。

第十一条 人均门诊统筹费用标准、门诊统筹基金起付标准、门诊统筹基金支付比例及年最高支付限额需要调整时，由市人力资源和社会保障局会同相关部门提出意见，报市政府批准后实施。

第十二条 本办法自二〇一〇年十月一日起实施。