

揭阳市人民政府办公室关于印发揭阳市 基本医疗保险普通门诊统筹实施意见的通知

揭府办〔2013〕125 号

各县（市、区）人民政府（管委会），市府直属各单位：

《揭阳市基本医疗保险普通门诊统筹实施意见》已经市人民政府五届 24 次常务会议讨论通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。

揭阳市人民政府办公室

2013 年 11 月 18 日

揭阳市基本医疗保险普通门诊统筹实施意见

第一条 为进一步完善我市基本医疗保险制度，减轻参保人普通门诊医疗费用负担，提高医疗保障水平，根据《关于开展城镇基本医疗保险普通门诊医疗费用统筹的指导意见》（粤劳社发〔2008〕18 号）、《揭阳市城镇职工基本医疗保险规定》（揭阳市人民政府令第 38 号）等文件精神，结合我市实际，制定本实施意见。

第二条 基本医疗保险普通门诊医疗费用统筹（以下简称门诊统筹）对象为参加本市城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡医保）和城

镇职工基本医疗保险（以下简称职工医保），并按规定缴纳医疗保险费的参保人。

第三条 普通门诊统筹遵循以下原则：

（一）保障普通门诊基本医疗需求，重点解决参保人常见病、多发病、慢性病门诊部分医疗费用。

（二）以基层医疗机构（含具备条件的所辖行政村卫生站）或社区卫生服务机构（以下统称基层卫生服务机构）为依托，引导参保人到基层就医，逐步实现“小病不出社区，大病到医院”。

（三）统筹基金使用坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则。

（四）参保人权利与义务相对应。

第四条 普通门诊统筹费用筹集标准：

（一）城乡医保普通门诊统筹所需费用统一从城乡医保统筹基金中按每人每年 37 元（其中：普通门诊 30 元，一般诊疗费 7 元）标准提取，参保人个人不需另行缴纳。

（二）职工医保普通门诊统筹所需费用统一从单位每月缴纳的医疗保险费中按每人每月 6 元的标准逐月提取（市直职工从划入个人账户资金中提取），参保人个人不需另行缴纳。退休人员的门诊统筹费用从职工医保基金历年结余资金中逐月提取。

（三）普通门诊统筹基金不单独建账，不设个人账户。

第五条 普通门诊统筹就医实行定点医疗管理。

第六条 参保人须在市人力资源社会保障局公布的普通门诊定点医疗机构中，就近选择一家作为本人的普通门诊定点医疗机构，其中：城乡居民应选择一家基层卫生服务机构报医疗保险经办机构备案确认；城镇职工可选择一家基层卫生服务机构或二级定点医院，作为本人的普通门诊定点医疗机构。

（一）参保人普通门诊定点医疗机构一经选定，在一个自然年度内

不予变更。

(二) 参保人下一自然年度需重新选定普通门诊定点医疗机构的,应于上年度 9 至 11 月份办理变更手续;未办理变更手续的,视为继续选定原普通门诊定点医疗机构。在未办理变更手续情况下,到非选定的普通门诊定点医疗机构发生的门诊医疗费用由个人支付。

(三) 参保人如未选择本人普通门诊定点医疗机构的,由经办机构按参保人当年度参保所在地确定一家。

第七条 普通门诊待遇是指特殊门诊项目以外的门诊、急诊医疗保险待遇。普通门诊统筹基金支付范围和标准为:

(一) 支付范围:参保人在选定的普通门诊定点医疗机构就诊所发生的符合《广东省基本医疗保险普通门诊统筹用药范围》(包括基本药物)、《基本医疗保险诊疗项目目录》和《基本医疗保险医疗服务设施支付范围和标准》的普通门诊、急诊医疗费用(含市内转诊费用)。

(二) 支付标准:

1. 参加城乡居民医保的,基金支付标准为:单次门诊费用支付比例为 50%;每次支付限额为 20 元,每人每年累计支付限额为 200 元。经门诊定点机构转诊(含急诊)到本市行政区域内其他定点医疗机构就诊的门诊费用,支付比例为 30%。

2. 参加职工医保的,基金支付标准为:在本市行政区域内基层卫生服务机构、二级定点医疗机构就医的,单次门诊费用支付比例分别为 60%、50%;每次支付限额为 40 元,每人每年累计支付限额为 400 元。经选定门诊定点医疗机构转诊(含急诊)到本市行政区域内上一级定点医疗机构就诊的门诊费用,支付比例分别减少 10 个百分点。

3. 已参加城镇职工基本医疗保险普通门诊并办理异地定居的参保人,由城镇职工普通门诊统筹基金按一个自然年度每人每年 400 元总额的 50% 比例,凭居住所在地定点医疗机构普通门诊就诊费用发票报销。

4. 参保人患病住院期间,不得同时享受普通门诊统筹待遇;享受特殊门诊待遇的参保人在普通门诊就诊只能享受普通疾病的医疗待遇,发生与其特殊病种相关的治疗费用,普通门诊统筹基金不予支付。

(三) 一般诊疗费纳入城乡居民医保普通门诊统筹支付范围,按规定给予支付。医疗保险基金按普通门诊参保人数(以实行基本药物制度的基层医疗卫生机构的选定参保人数为准)每人年 7 元标准并入普通门诊统筹包干支付。

第八条 普通门诊医疗费用结算管理。

(一) 参保人员普通门诊医疗费用结算:

1. 参保人凭医保证(卡)到本人定点医疗机构就医。医疗机构要认真核实参保人身份,将就医信息及时录入计算机上传至医疗保险经办机构。医疗机构直接收取参保人个人自付部分的费用,统筹基金支付部分由医疗保险经办机构与医疗机构结算。

2. 参保人就医时因本人定点医疗机构条件所限需转诊的,须经医疗机构批准转往我市基本医疗保险定点医疗机构门诊治疗,其转诊后的普通门诊医疗费用先由参保人垫付,再到本人定点医疗机构按有关规定报销。未经本人定点医疗机构批准而自行到其他医疗机构就医所发生的门诊医疗费用,统筹基金不予支付。

3. 参保人到非本人或医保经办机构选(确)定的医疗机构就医所发生的普通门诊费用,统筹基金不予支付。

(二) 各级医疗保险经办机构与普通门诊定点医疗机构按“定额包干、年度结算、超支不补”的方式进行结算:

1. 定额包干:医疗保险经办机构按一个自然年度参保人选定该普通门诊定点医疗机构总人数的普通门诊统筹基金总额,暂扣 10% 作为服务质量保证金后,余额作为该普通门诊定点医疗机构当年度定额包干费用,暂扣的质量保证金视年终考核情况决定返还比例。

2. 每月预付：医疗保险经办机构根据普通门诊定点医疗机构上月签约人数，以当年度包干费用人均标准的 90% 分月预拨给该医疗机构。

3. 年度结算：全年定额包干费用使用率大于或等于 70% 且不超过定额包干费用的，结余额中的 70% 补偿给普通门诊统筹定点医疗机构，余下的 30% 留作统筹基金。全年定额包干费用使用率低于 70% 的，结余额中的 30% 补偿给普通门诊统筹定点医疗机构，余下的 70% 留作统筹基金。

4. 超支不补：实际发生普通门诊记账费用超出全年定额包干费用总额的，超出部分由普通门诊定点医疗机构承担，统筹基金不予支付。

第九条 普通门诊定点医疗机构应当建立门诊统筹基金台账，实行计算机管理。于每月月初将上月办理普通门诊结算病人的结算单、发票和费用统计报表等资料汇总后报医疗保险经办机构审核。

第十条 医疗保险经办机构应与普通门诊定点医疗机构签订医疗服务协议，将门诊统筹政策要求、管理措施、服务质量、考核办法、奖惩机制等落实到定点协议中，通过协议强化医疗服务的监管。定期公布普通门诊定点医疗机构服务费用、质量、群众满意度等情况，充分发挥社会监督作用。实行年度考核制度，将门诊就诊率、转诊率、次均费用增幅、费用结构、签约人数等指标纳入普通门诊定点医疗机构年度考核范围。

第十一条 普通门诊定点医疗机构必须严格执行医保政策和服务协议有关规定，不得以就诊定额包干为由拒治就诊病人，不得串通病人伪造病历资料和检查资料、串换药品、非法套取医保基金、分解就诊、重复收费。发现普通门诊定点医疗机构存在违规行为，医疗保险经办机构应立即追回违规取得的医保基金，并由人力资源社会保障部门视情节轻重责令整改、通报批评或取消定点资格，涉嫌违法的追究相关法律责任。

第十二条 参保人就诊时应尊重医务人员的诊疗决定，不得干预医

务人员的诊疗行为，不得弄虚作假、冒名顶替、私自涂改单据等。发现参保人存在上述违规行为，医疗保险经办机构应追回已支付的门诊统筹费用，对直接责任人按有关规定处理。

第十三条 揭阳市各级人力资源社会保障部门对普通门诊统筹实施行政管理，各级医疗保险经办机构具体负责组织实施。

第十四条 门诊统筹筹资标准和支付标准由市人力资源社会保障局会同市财政局根据本市经济发展状况及基金运行情况，适时提出调整方案，报市人民政府批准后执行。

第十五条 本实施意见由市人力资源社会保障局负责解释。

第十六条 本实施意见自 2014 年 1 月 1 日起执行。

揭阳市人民政府办公室关于印发全市 今冬明春火灾防控工作方案的通知

揭府办〔2013〕126 号

各县（市、区）人民政府（管委会），市府直属有关单位：

经市人民政府同意，现将《全市今冬明春火灾防控工作方案》印发给你们，请结合本地本部门实际，认真组织实施。实施过程中遇到问题，请径与市公安消防局联系。

揭阳市人民政府办公室

2013 年 11 月 24 日