

大冶市医疗保障局文件

冶医保发〔2022〕14号

关于印发《进一步规范城乡居民门诊统筹工作》 的通知

各股室、局属二级单位，大冶市辖区各定点医疗机构：

根据《湖北省关于调整基层医疗卫生机构一般诊疗费标准和医保支付政策的通知》（鄂医保发〔2019〕56号）和《黄石市城乡居民基本医疗保险试行办法》（黄政办发〔2017〕48号）文件精神，市医疗保障局将进一步规范城乡居民门诊统筹工作，加强门诊统筹监督管理，现将《进一步规范城乡居民门诊统筹工作的通知》印发给你们，请根据文件精神认真贯彻落实。

大冶市医疗保障局

2022年6月20日

关于进一步规范城乡居民门诊 统筹工作的通知

为进一步提高城乡居民医疗保障待遇，扩大门诊统筹覆盖范围，完善和巩固城乡居民门诊医疗保障工作，惠及广大城乡居民。根据《湖北省关于调整基层医疗卫生机构一般诊疗费标准和医保支付政策的通知》（鄂医保发〔2019〕56号）和《黄石市城乡居民基本医疗保险试行办法》（黄政办发〔2017〕48）文件精神，市医疗保障局将进一步规范城乡居民门诊统筹工作，加强门诊统筹监督管理，具体内容如下：

一、扩大门诊统筹定点医疗机构

将大冶市辖区的大冶朋仁医院、大冶慈安康复医院、大冶群康精神病医院、大冶真爱妇科医院、大冶爱尔眼科医院、大冶金骆驼透析中心、尹家湖社区服务中心等七家医疗机构纳入门诊统筹定点，开通门诊统筹报销业务，方便城乡居民就医。

二、规范门诊统筹管理

1. 从下文之日起，参保居民门诊统筹就医和报销不受户籍所在地限制，可以到大冶市辖区内任意门诊统筹医保定点医疗机构现场结报。乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室等基层公立医疗机构收取一般诊疗费仍按原政策规定执行，其他定点医疗机构门诊统筹报销不能加收一般诊疗费。

2. 继续执行门诊统筹年封顶线制度（普通城乡居民门诊统筹年封顶线 300 元，特殊人群年封顶线 400 元）。调整各级别

定点医疗机构日封顶额度，根据各医疗机构级别、性质及日均处方金额设置日封顶线，村卫生室日报销限额为 30 元/天，乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）及民营医疗机构日报销限额为 50 元/天，其他医疗机构不设日封顶线。

三、完善门诊统筹报销范围

参保居民在定点医疗机构门诊就医发生的医药费用，必须是符合湖北省基本医疗保险三个目录的项目费用。同时，一般诊疗费标准和医保支付政策参照鄂医保发〔2019〕56 号文件精神执行。一般诊疗费按规定纳入门诊统筹基金使用范围。

（一）一般诊疗费。包含门诊挂号费、门诊诊查费、注射费（含肌肉注射、皮下注射、静脉注射、静脉输液）以及药事服务成本合并为一般诊疗费。一般诊疗费按次（指一次诊疗行为）收取，乡镇（街办）卫生院（社区卫生服务中心）每次收 13 元医保基金支付 9 元，就诊人员支付 4 元，村卫生室每次收 8 元，医保基金支付 7 元，就诊人员支付 1 元，不再收取其它诊疗费用。

（二）其它项目费用。符合规定的湖北省基本医疗保险目录内的费用（含药品、换药费、清创缝合、材料费以及 B 超、心电图、X 线、化验等常规检查费等）按照医保政策规定报销。超出“三个目录”以外的费用、目录内费用超出收费标准的，以及超出一般诊疗费范围的门诊费用，门诊统筹不予报销。

四、加强门诊统筹监管

1. 各定点医疗机构自觉遵守医疗保障法律（法规）规定，

不得实施滞留社会保障卡套取医保基金、虚构医保费用等“欺诈骗保”行为。

2. 医保经办机构执行日常监管和不定期稽核相结合的监管制度，加强对定点医疗机构门诊统筹审核力度和现场稽核力度，对门诊统筹审核和稽查中发现的违规、违法问题，按照法律（法规）及医保服务协议处理。

3. 定期组织门诊统筹绩效考核，联合卫健、市场等部门加强监督检查，将考核结果纳入定点医疗机构医保服务协议综合绩效考核指标，与医保费用结算相挂钩。

五、工作要求

（一）强化医疗服务理念。各定点医疗机构必须按照群众需求提供医保目录内药品和耗材，同时各定点医疗机构不得降低就医群众的报销额度和推诿群众不提供医保门诊统筹服务，要以人民为中心，强化服务理念，加强内部管理，切实维护好参保群众的医疗保障利益。

（二）注重基金安全意识。医疗保障经办（监管）机构积极为定点医疗机构做好政策解释工作，确保医疗保障门诊统筹工作正常运转，医疗保障经办（监管）工作人员提高政治认识，加强自律自廉，注重基金安全意识，跟踪上报不正常数据，做好服务和监管工作的同步进行。

上述政策调整从下文之日起执行。