

乌海市人民政府办公室文件

乌海政发〔2011〕76号

乌海市人民政府关于印发《乌海市居民基本医疗保险普通门诊统筹暂行办法》的通知

各区人民政府，市府各部门，各企事业单位：

《乌海市居民基本医疗保险普通门诊统筹暂行办法》已经市政府 2011 年第 4 次常务会议研究通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。

二〇一一年七月二十八日



乌海市居民基本医疗保险 普通门诊统筹暂行办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善我市社会基本医疗保险制度，减轻参保人员普通门诊医疗费用负担，逐步提高基本医疗保险保障水平，根据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）和自治区人民政府《关于进一步做好城镇基本医疗保险工作的通知》（内政发〔2009〕57号）精神，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于参加本市居民基本医疗保险的各类人员，包括参加新农合人员。

第三条 居民基本医疗保险普通门诊统筹（下称门诊统筹）遵循保障基本、统筹共济、依托社区、定额结算的原则。

第四条 门诊统筹所需资金从居民基本医疗保险基金中列支，单独建账，全市统筹，纳入财政专户管理。门诊统筹资金收不抵支时，采取动用基金历年滚存结余、提高筹资标准、调整待遇标准等办法解决。

第五条 市、区人民政府应保证门诊统筹基金的筹集，并按本办法规定将应由财政补贴的门诊统筹费用列入财政预算。

第二章 基金筹集

第六条 门诊统筹基金的筹集渠道：

- (一) 居民基本医疗保险基金安排的资金；
- (二) 市、区两级财政补贴；
- (三) 个人缴费；
- (四) 社会捐赠；
- (五) 其他收入。

第七条 门诊统筹基金按年度定额筹集，标准为每人每年 100 元。其中由个人缴纳 20 元，财政补贴 80 元。低保人员、计划生育困难户、困难党员等弱势群体个人不缴费，由财政全额补助。

第八条 需地方财政补助的资金由市、区两级各承担一半。

第九条 个人缴纳的费用与居民基本医疗保险费合并征收。

第三章 医疗待遇

第十条 居民基本医疗保险新参保人员自参保缴费下月起纳入门诊统筹。

第十一条 参保人员在选定的门诊统筹定点医疗机构就医所发生的符合基本医疗保险规定的费用，由门诊统筹基金支付 60%，个人自付 40%。年度内门诊统筹基金最高支付限额为 1500 元。

第十二条 经同意在市内转诊或在市内其他门诊统筹定点医疗机构急诊的，所发生的符合规定的普通门诊医疗费用由门诊统筹基金支付 30%，个人自付 70%。市外转诊、急诊由门诊统筹基

金支付 20%，个人自付 80%。年度内转诊及急诊待遇支付限额合计为 500 元。

第十三条 参保人员欠缴门诊统筹费的，暂停享受门诊统筹待遇。按规定补缴的，其在欠费期间所发生的符合本办法规定的医疗费用不予支付。

第十四条 参保人员在社会基本医疗保险制度间转换，年度内门诊统筹待遇继续享受，不需另行筹资。

第四章 医疗管理

第十五条 门诊统筹基金支出必须符合城镇职工基本医疗保险《药品目录》、《诊疗项目目录》、《医疗服务设施支付范围和标准》等有关规定。

第十六条 门诊统筹实行定点医疗。市医疗保险经办机构在本市医疗保险定点医疗机构中的一级医疗机构、社区卫生服务机构及镇卫生院范围内确定门诊统筹定点医疗机构，实行协议管理。门诊统筹定点镇卫生院统一管理的农区卫生服务中心可作为其门诊统筹医疗服务网点。

第十七条 门诊统筹定点医疗机构应严格执行首诊负责制和因病施治的原则，以病人为中心，合理检查、合理治疗、合理用药。年度内对服务的参保人群使用自费项目的总费用不得超过年度医疗总费用的 20%。

第十八条 门诊统筹定点医疗机构应至少与市内一家二级

或三级医疗保险定点医院签定协议，接受其医疗业务支持和指导。

第十九条 参保人员应在门诊统筹定点医疗机构中选定一家作为其普通门诊就医机构，年度内不得变更，但工作调动或住址变动除外。

第二十条 参保人员下一年度需重新选定门诊统筹定点医疗机构的，应于下一年度开始前3个月内到新的门诊统筹定点医疗机构办理变更手续；未办理变更手续的，视为继续选定原机构。

第二十一条 参保人员因工作调动或住址改变需变更门诊统筹定点医疗机构的，应持有效证明材料到原门诊统筹定点医疗机构办理变更手续。

第二十二条 参保人员需转诊的，由其门诊统筹定点医疗机构的接诊医师提出申请，并经该机构盖章同意。市内转诊的医疗机构应为该机构签订协议的医院或医疗保险定点的市级专科医疗机构。市外转诊的医疗机构应为当地社保定点的三级以上医院或专科医院。转诊证明当次有效。与门诊统筹定点医疗机构一体化管理的医院不视为该机构的转诊医院。

第二十三条 参保人员在市内其他门诊统筹定点医疗机构急诊的，应及时告知其所选定的门诊统筹定点医疗机构。

第二十四条 参保人员所发生的属门诊统筹基金支付的医疗费用，根据“总额预算、定额结算”的原则，由市医疗保险经办机构与门诊统筹定点医疗机构实行按月结算，年度清算。

第二十五条 参保人员转诊、急诊期间所发生符合规定的医疗费用，由个人垫付后回其选定的门诊统筹定点医疗机构按规定报销。

第二十六条 参保人员在异地居住一年以上的，经医保经办机构核准，其门诊统筹资金额包干给个人使用。

第二十七条 门诊统筹按基金年度筹资总额的 5%建立调剂金，用于门诊统筹定点医疗机构因服务人群年龄、疾病构成差异等特殊原因造成定额超支的适度补偿。补偿原则上不超过当年调剂金总额。

第二十八条 建立门诊统筹定点医疗机构年度考核制度。考核包括日常管理和年终检查，考核结果与医疗费用拨付及奖惩挂钩。

第五章 管理和监督

第二十九条 市人力资源和社会保障行政部门负责全市门诊统筹的组织、管理、指导和监督工作。区人力资源和社会保障行政部门负责辖区内门诊统筹组织工作。

市医疗保险经办机构负责门诊统筹的费用筹集、待遇支付、财务核算及门诊统筹定点医疗机构协议管理等业务经办工作。

市、区卫生行政部门负责做好门诊统筹定点医疗机构建设及相关的医疗业务指导、监督工作。

市财政部门依照社会保险基金财务制度做好门诊统筹基金

的财政专户管理、财务监督等相关工作。

市审计部门按规定对门诊统筹基金收支情况进行审计监督。

市社会保险基金监督委员会依法对门诊统筹基金管理使用情况进行监督。

市、区政府其他相关职能部门要在各自的职能范围内，协助做好门诊统筹工作。

第三十条 市、区人力资源和社会保障部门、卫生部门和医疗保险经办机构开展门诊统筹所需工作经费列入市、区财政预算。

第六章 附 则

第三十一条 本办法所称“普通门诊”是指本市居民基本医疗保险门诊特殊病种以外疾病的门诊医疗。

第三十二条 年度内参保人员离开本市或因其他原因不符合参保条件的，所筹集的门诊统筹费用不予退还。

第三十三条 对门诊统筹费用筹集标准、调剂金提取比例及医疗待遇支付比例、支付限额、支付范围等规定的调整，由市人力资源和社会保障局提出意见，报市人民政府批准执行。

第三十四条 本办法由市人力资源和社会保障局负责解释。

第三十五条 本办法自 2011 年 9 月 1 日起施行。

主题词：劳动 医疗保险 办法 通知

主送：市委办公厅，市人大常委会办公厅，市政协办公厅，
军分区、市纪委，市中级人民法院、检察院。

各人民团体，新闻单位，驻市单位。

乌海市人民政府办公厅

2011 年 8 月 2 日印发