

珠海市人力资源和社会保障局文件

珠人社〔2016〕262号

关于印发《珠海市基本医疗保险普通门诊 统筹办法》的通知

横琴新区社会事务局，各区（经济功能区）人力资源和社会保障局（社会保障和公共事业局），市社会保险基金管理中心、市社会保障（市民）卡管理中心，各相关医疗机构：

为进一步完善本市基本医疗保险制度，减轻参保人普通门诊医疗费用负担，特制定了《珠海市基本医疗保险普通门诊统筹办法》，现印发给你们，请认真贯彻实施。

珠海市人力资源和社会保障局

2016年10月11日

抄送：市法制局、市财政局、市卫计局（市医改办）。

珠海市人力资源和社会保障局办公室 2016年10月11日印发

珠海市基本医疗保险普通门诊统筹办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善本市基本医疗保险制度，减轻参保人普通门诊医疗费用负担，根据国家、省有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本市基本医疗保险参保人及提供普通门诊统筹医疗服务的定点医疗机构（以下统称门诊统筹定点机构）适用本办法。

离休人员、建国前参加工作的老工人的普通门诊保障另行规定，不适用本办法。

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

第四条 市社会保险经办机构从基本医疗保险一档参保人个人账户中划转每人每年 50 元到基本医疗保险统筹基金账户，用于支付门诊统筹医疗费用。其中，领取失业金期间的失业人员的费用从失业保险基金中划转。

基本医疗保险二档参保人门诊统筹费用与基本医疗保险费一并征收。

门诊统筹基金不再单独建账。

第二章 医疗待遇

第五条 门诊统筹保障范围包括在门诊统筹定点机构发生

的以下门诊医疗服务:

(一) 未纳入门诊特定病种(以下统称门诊病种)管理的门诊医疗服务。

(二) 与社区卫生服务机构及镇卫生院签约实行门诊病种分级诊疗的门诊医疗服务。

第六条 参保人享受门诊统筹待遇起始时间与其基本医疗保险待遇享受时间一致。社保年度内参保人停保或在基本医疗保险一、二档间转换的,其门诊统筹待遇可享受至该社保年度末。

第七条 参保人按《珠海市基本医疗保险办法》(珠府〔2016〕47号)第十六条规定补缴的,其符合《珠海市基本医疗保险办法》第三十三条规定的医疗费用可予以支付。

第八条 参保人在门诊统筹定点机构发生的属门诊统筹支付范围的下列费用,由统筹基金支付70%,个人自付30%:

(一) 符合国家、省、市规定的基本医疗保险药品目录、医疗服务设施费用。

(二) 普通门诊诊查费、三大常规、生化、黑白B超、心电图以及其它符合国家规定的社区卫生服务机构应提供的诊疗项目费用。

第九条 门诊统筹不予支付范围:

(一) 推拿、按摩费用。

(二) 补牙费用。

(三) 戒毒、残疾康复、麻风病治疗费用。

(四) 无有效驾驶证或驾驶证被暂扣期间驾驶车辆、驾驶

无有效牌证车辆以及酒后驾驶所发生的医疗费用。

(五) 打架斗殴以及服用、吸食或注射毒品所发生的医疗费用。

(六) 自杀、自伤或自残所发生的医疗费用(无民事行为能力的人除外)。

(七) 犯罪所发生的医疗费用。

(八) 其它不符合国家、省、市基本医疗保险支付范围的费用。

第十条 经门诊统筹定点机构同意转诊或在市内其它门诊统筹定点机构急诊的,所发生的属门诊统筹支付范围的普通门诊医疗费用由统筹基金支付 50%,个人自付 50%。社保年度内转诊及急诊待遇支付限额合计为 1500 元(含自付部分)。

第三章 医疗管理

第十一条 本市基本医疗保险定点医疗机构中符合条件且愿意承担门诊统筹服务的社区卫生服务机构和镇卫生院,可申请成为门诊统筹定点机构,由市社会保险经办机构对其实行协议管理。

第十二条 门诊统筹定点机构应符合以下条件:

(一) 本市基本医疗保险定点医疗机构中的社区卫生服务机构或镇卫生院。

(二) 至少应提供下列诊疗项目:

1. 预防保健、全科医疗、中医等基本诊疗服务。

2. 与基本诊疗服务相应的药事及三大常规、生化、黑白 B

超、心电图等。

3.其他符合国家规定的社区卫生服务机构应提供的诊疗项目。

(三)至少与市内一家二级或三级基本医疗保险定点医院签定协议,接受其医疗业务支持和指导。

(四)承接高血压、糖尿病(以下统称“两病”)分级诊疗工作的社区卫生服务机构或镇卫生院,应配齐相关部门要求配备的药品,满足参保人用药需求。

第十三条 纳入门诊统筹定点机构管理的镇卫生院(社区卫生服务中心),其一体化管理的农村卫生服务中心(社区卫生服务站)可作为其门诊统筹医疗服务网点。

第十四条 门诊统筹定点机构应提供每天 15 小时以上接诊及 24 小时电话应诊服务。

第十五条 门诊统筹定点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。一个社保年度内,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%。

第十六条 申请门诊统筹定点机构应提供以下材料:

(一)《珠海市基本医疗保险普通门诊统筹定点机构申请表》。

(二)《医疗机构执业许可证》。

第十七条 门诊统筹定点机构申请程序:

(一)申请。医疗机构向市社会保险经办机构提出申请,按要求提供相关材料,并对其申请材料的真实性负责。

(二) 受理。市社会保险经办机构应当场对递交的申请材料出具收到回执,材料不齐全或不符合要求的,应书面一次性告知应补齐的全部资料。市社会保险经办机构收齐材料之日起10个工作日内对材料进行审核,决定是否受理并书面告知。

(三) 现场核查。市社会保险经办机构对医疗机构进行现场核查,核查内容如下:

1.实际地址与《医疗机构执业许可证》上登记的地址是否一致。

2.《医疗机构执业许可证》是否在有效期内、年检是否合格。

3.是否提供与基本医疗保险服务相应的药事及三大常规、生化、黑白B超、心电图等。

4.承接“两病”分级诊疗工作的,是否配齐相关部门要求配备的药品。

(四) 签订协议。市社会保险经办机构与符合条件的医疗机构签订门诊统筹服务协议,并将签订协议的机构名单报市社会保险行政部门备案。

(五) 通告。市社会保险经办机构向社会公布门诊统筹定点机构名单。

第十八条 医疗机构有下列情形之一的,市社会保险经办机构不受理其门诊统筹定点机构的申请:

(一) 提供虚假材料的。

(二) 因违反门诊统筹服务协议约定被社会保险经办机构解除协议未满3年的。

(三) 市社会保险行政部门规定的其他情形。

第十九条 门诊统筹定点机构违反医疗保险相关服务协议
的，市社会保险经办机构可对该门诊统筹定点机构或相关责任
人采取督促整改、约谈、责令改正、通报批评、追回相关费用、
暂停医疗保险服务或解除协议等方式处理。

第二十条 出现以下情形之一的，可解除门诊统筹服务协
议：

（一）市社会保险经办机构与门诊统筹定点机构协商一致
解除协议的。

（二）门诊统筹定点机构提前 30 日以书面形式通知市社会
保险经办机构解除协议的。

（三）门诊统筹定点机构违反医疗保险相关政策规定情节
严重的。

（四）门诊统筹定点机构不再符合门诊统筹定点机构条件
的。

第二十一条 有下列情形之一的，门诊统筹服务协议终止：

（一）协议期满未申请续签的。

（二）协议解除的。

（三）市社会保险行政部门规定的其它情形。

终止门诊统筹服务协议的门诊统筹定点机构名单由市社会
保险经办机构报市社会保险行政部门备案，并及时向社会公布。
门诊统筹服务协议终止后，医疗机构重新申请签订门诊统筹服
务协议的，按门诊统筹定点机构申请程序执行。

第二十二条 门诊统筹定点机构应在门诊统筹服务协议期
满前 30 日内以书面形式告知市社会保险经办机构是否愿意继续

承担本市门诊统筹服务，愿意继续承担并符合条件的可直接续签门诊统筹服务协议。

第二十三条 参保人应在门诊统筹定点机构中选定一家签约，作为其普通门诊就医机构，同一社保年度内不得变更，以下情形除外：

（一）工作单位或家庭住址改变。

（二）选定的门诊统筹定点机构被暂停基本医疗保险服务、终止或被解除基本医疗保险服务协议。

第二十四条 参保人下一社保年度需重新选定门诊统筹定点机构的，应于每年 4 月至 6 月凭本人珠海社会保障卡到新选定的门诊统筹定点机构办理变更手续，变更自当年的 7 月 1 日起生效；未办理变更手续的，视为继续选定原机构。

第二十五条 参保人符合本办法第二十三条情形，需变更门诊统筹定点机构的，应持本人珠海社会保障卡及相关资料（调动通知、劳动合同、房产证或房屋租赁证明等）到新选定的门诊统筹定点机构办理变更手续，自变更次月 1 日起在新选定的门诊统筹定点机构享受门诊统筹待遇。

第二十六条 参保人因病情需要转诊的，由门诊统筹定点机构的接诊医师提出申请，并经该机构盖章同意，转往与该机构签订协议的定点医院，转诊证明当次有效。

第二十七条 参保人在市内其它门诊统筹定点机构急诊的，应及时告知其所选定的门诊统筹定点机构。非急诊所发生的门诊医疗费用统筹基金不予支付。

第二十八条 参保人到选定的门诊统筹定点机构就医，所发

生的门诊核准医疗费用，按规定进行联网结算。转诊、急诊或欠费补缴期间所发生的门诊核准医疗费用，由个人垫付后回其选定的门诊统筹定点机构按规定报销。

第二十九条 经核准办理了常住异地就医手续的参保人，从下一社保年度起按上一年度门诊统筹签约人群人均基金支付额包干给个人使用。

第三十条 大学生在本市参保后，其寒暑假、休学、实习期间，在市外发生的普通门诊医疗费用，凭就医资料及相关费用单据到其选定的门诊统筹定点机构按以下规定报销：

（一）在一级及以下医疗机构就医的报销 70%。

（二）在二级及以上医疗机构就医的，其费用计入社保年度转诊及急诊支付限额 1500 元内报销 50%。

第四章 费用结算

第三十一条 门诊统筹医疗费用按“总额预算，定额结算”的原则按月结算，年度清算，并建立“结余留用，超支分担”的激励约束机制。

第三十二条 门诊统筹医疗费用是指参保人在选定的门诊统筹定点机构所发生的普通门诊医疗费用，包括已认定“两病”门诊病种并纳入门诊统筹管理的门诊病种医疗费用。

第三十三条 门诊统筹医疗费用实行按人头付费方式结算。

依据本市参保人群的年龄、疾病构成等因素，将参保人群分五个服务组群，每个服务组群设定一个年定额结算额度。根据门诊统筹运行情况，适时调整。

第三十四条 “两病”门诊病种参保人的门诊医疗服务费按中额费用门诊病种年支付限额的 60%（即每人每年 3300 元）按月计算。已同时认定为高血压、糖尿病 2 个门诊病种的按每人每年 4200 元计算。

第三十五条 市社会保险经办机构按照每个参保人的月定额结算额度及门诊统筹定点机构签约服务的参保人数，每月与门诊统筹定点机构结算。具体计算公式为：

（一）月定额结算额度=年定额结算额度÷12。

（二）每个组群门诊费用月结算额度=该组群人均月定额结算额度×该组群当月签约人数。

（三）“两病”门诊病种门诊费用月结算额度=月签约的“两病”门诊病种参保人数×3300（或 4200）÷12。

（四）门诊统筹费用月结算额度=每个组群门诊费用月结算额度之和+“两病”门诊病种门诊费用月结算额度。

（五）门诊统筹费用年结算额度=每个组群门诊费用月结算额度的年度总和+“两病”门诊病种门诊费用月结算额度的年度总和。

第三十六条 月门诊统筹医疗费用在月结算额度内的部分，由市社会保险经办机构与门诊统筹定点机构据实结算；超出月结算额度部分纳入年度清算范围。

第三十七条 参保人首次选定门诊统筹定点机构距社保年度末不足一年的，该社保年度开始至其办理选定手续前的个人月定额结算额度补计入其选定的门诊统筹定点机构结算额度

内；“两病”门诊病种参保人的门诊医疗费用月结算额度自签约次月开始计入。

参保人年度内变更门诊统筹定点机构的，其新选定机构的结算额度自变更次月1日起计算。

第三十八条 社保年度末，门诊统筹定点机构的年门诊统筹医疗费用，由市社会保险经办机构按以下办法清算：

（一）在年结算额度92%以内的，据实清算。

（二）在年结算额度92%（含92%）—96%的，除据实清算外，其92%（含92%）—96%之间的未使用部分的50%及96%（含96%）—100%之间的未使用部分支付给门诊统筹定点机构。

（三）在年结算额度96%（含96%）—100%的，按年结算额度与门诊统筹定点机构清算。

第三十九条 年门诊统筹医疗费用超出年结算额度的，原则上不予补偿。但因签约人数、疾病构成差异等原因造成超支，在当期统筹基金结余的情况下，在年结算额度超支1%（含1%）以内的部分不予补偿，1%以上的部分可按以下规定予以补偿：

（一）超支1%—5%（含5%）的部分，按不超过70%的比例予以补偿。

（二）超支5%—10%（含10%）的部分，按不超过50%的比例予以补偿。

（三）超支10%以上的部分，不予补偿。

（四）超支补偿比例与《珠海市基本医疗保险门诊统筹定点机构医疗管理量化表》（详见附表，以下统称《管理量化表》）

的分值挂钩。90分（含90分）以上的，按相关的超支补偿比例予以补偿；90分以下的，每低1分在相应的超支补偿比例基础上扣1%。低于70分的，不予补偿。

（五）超支补偿方案由市社会保险经办机构提出，报市社会保险行政部门批准后执行。

第四十条 门诊统筹定点机构于每年7月底前，对本单位上一社保年度的《管理量化表》进行自评，并报市社会保险经办机构。

市社会保险经办机构结合门诊统筹定点机构自评情况和日常管理情况，对《管理量化表》进行最终评分。

《管理量化表》需调整时，由市社会保险经办机构提出修改意见，报市社会保险行政部门核准。

第四十一条 结算额度标准需调整时，由市社会保险经办机构在上年度结算额度基础上，根据参保人群对社区医疗服务需求的变化、医疗消费相关价格指数变动和统筹基金收支情况等因素拟定，报市社会保险行政部门核准执行。

第四十二条 在每社保年度初，市社会保险经办机构以该门诊统筹定点机构上年度门诊统筹医疗费用的基金实付额月平均支付额为标准，预付一个月的门诊统筹医疗费用，用于门诊统筹定点机构运营周转，每社保年度末收回当年预付金。被解除服务协议的门診统筹定点机构，应于解除协议后10个工作日内返还预付金。

第五章 附 则

第四十三条 社保年度内参保人因读书、工作、居住等原因离开本市或因其它原因不符合参保条件的，所缴纳的门诊统筹费用不予退还。

第四十四条 门诊统筹医疗待遇支付比例、支付限额、支付范围等需调整的，由市社会保险行政部门根据基本医疗保险基金收支情况及国家、省的相关政策要求进行调整。

第四十五条 本办法由市社会保险行政部门负责解释。

第四十六条 本办法自 2016 年 12 月 1 日起施行。此前与本办法不一致的，以本办法为准。

附表:

珠海市基本医疗保险门诊统筹定点机构医疗管理量化表

医疗机构名称:

年 月 日

项目	分值	扣分标准	扣分记录	得分
一、服务质量情况	30	1.通过群众举报、日常检查、专项检查、网上监控、调查、抽查等方式,经核实存在违反协议条款的每例扣1分。 2.无转诊的扣1分。		
二、执行物价政策情况	10	重复收费、超物价收费标准收费的,每例扣1分;受价格主管部门行政处罚的,每单处罚扣2分。		
三、年门诊医疗服务费情况	15	年门诊医疗服务费超出本年度结算额度1%以上的,每超1%扣1分。		
四、处方次均费用	10	处方次均费用与全市门诊处方次均费用相比,超过15%的(承接两病分级诊疗工作的,两病门诊病种签约人数占该机构签约总人数占比,每增加0.1%,在15%基础上增加1%),每超1%扣1分。		
五、处方次均费用增长率	10	与上年度相比,超过15%的(承接两病分级诊疗工作的,两病门诊病种签约人数占该机构签约总人数占比,每增加0.1%,在15%基础上增加1%),每超1%扣1分。		
六、暂停医疗保险服务	5	暂停医疗保险服务的每例扣5分。		
七、年度自费项目的总费用情况	10	年度自费项目总费用超过医疗总费用20%的,每超1%扣1分。		
八、年度签约人数情况	10	医疗机构本年度门诊统筹签约人数与该机构上一年度相比,低于90%以下的,每低于1%扣0.5分。		
注:①各项分值扣完为止;②扣分标准涉及百分数的,不足1%的按1%计算。				

检查人员签名:

医疗机构负责人签名(公章):