

德州市医疗保障局文件 德州市财政局文件

德医保发〔2021〕52号

关于调整居民基本医疗保险普通门诊 统筹政策的通知

各县（市、区）医疗保障局（社会事务服务中心人力资源事业发展部、社会保障就业促进发展部）、财政局，市医疗保险事业中心：

为进一步完善居民基本医疗保险制度，提高参保人员门诊医疗保障水平，根据省医疗保障局、财政厅、税务局《关于做好2021年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（鲁医保发〔2021〕42号）要求，结合我市实际，现就调整居民基本医疗保险普通门诊统筹政策通知如下：

一、普通门诊统筹基金支付范围

居民普通门诊统筹基金重点解决参保居民门诊多发病、常见

病的医疗费用，主要用于支付在基层定点医疗机构就医发生的、符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施项目范围的门诊（含急诊，下同）医药费用。

参保居民与基层医疗卫生机构签约开展个性化健康管理服务的，签约服务费中由医保基金承担的部分纳入普通门诊统筹基金支付范围。

二、普通门诊统筹待遇

（一）统筹待遇。参保居民在村（站）级、乡镇（社区）定点医疗机构发生的政策范围内门诊医药费用，不设起付线，基金支付比例 50%，年度基金最高支付限额由 80 元提高至 200 元。原门诊观察政策不再执行。

（二）签约管理。参保居民在本市发生的普通门诊统筹费用结算继续执行定点签约制度。参保居民就近选择一家乡镇（社区）定点医疗机构作为普通门诊统筹签约定点机构，该机构所属的一体化管理定点卫生室（含社区卫生服务站）作为村（站）级普通门诊统筹定点。签约后，原则上一个医疗年度内不得变更。

（三）异地医疗。符合条件的异地长期居住人员和临时外出就医人员，在备案地发生的符合条件的普通门诊费用可开通异地就医普通门诊直接结算服务，其中：异地长期居住人员基金支付比例、最高支付限额执行市内标准；临时外出就医人员个人首先自付 20%后，基金支付比例执行市内标准，最高支付限额与市内费用累计计算。参保居民在备案地二级及以上定点医疗机构发生

的，符合报销条件但未进行联网结算的门诊费用，可持门诊发票和明细清单回参保地办理报销。

三、基金筹集及使用

居民普通门诊统筹基金由居民基本医疗保险统筹基金划拨，参保人不单独缴费，基金支付限额计入年度统筹基金支付限额管理。

居民普通门诊统筹待遇仅限本人使用，家庭成员之间不得通用，一个医疗年度内统筹基金支付限额仅限当年使用，当年度未使用完的额度不结转、不累加到次年度，不重复享受医疗保障待遇。

本通知自 2022 年 1 月 1 日起执行。原政策与本通知要求不相符的，按本通知执行，未涉及内容仍按原文件执行。



（此件主动公开）

