

DZCR-2021-0670001

# 德州市医疗保障局 文件 德州市财政局 文件

德医保发〔2021〕36号

## 关于印发《德州市职工基本医疗保险普通门诊 统筹办法（试行）》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：

现将《德州市职工基本医疗保险普通门诊统筹办法（试行）》印发给你们，请认真抓好落实。



（此件主动公开）



2021年8月18日

# 德州市职工基本医疗保险普通门诊 统筹办法（试行）

## 第一章 总 则

**第一条** 为进一步健全互助共济、责任共担的基本医疗保险制度，更好解决门诊保障问题，减轻参保职工门诊医药费用负担，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 基本医疗保险普通门诊统筹，是指参保人因治疗常见病、多发病在定点医疗机构发生的、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，由基本医疗保险统筹基金支付的制度。

**第三条** 职工基本医疗保险普通门诊统筹遵循全覆盖、保基本、可持续、统筹共济的原则，适用于我市职工基本医疗保险参保人员。

**第四条** 职工普通门诊统筹所需资金由职工基本医疗保险统筹基金划拨，用人单位及参保职工不另行缴费。

**第五条** 普通门诊统筹基金实行单独核算。参保职工一个医疗年度内由普通门诊统筹基金支付的费用，不计入基本医疗保险基金最高支付限额。

**第六条** 医疗保障部门负责普通门诊统筹的组织、管理工作，医疗保险经办机构（以下简称医保经办机构）具体负责普通门

诊统筹资金的筹集、管理和待遇审核、给付等工作。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。

## 第二章 医疗保险待遇

**第七条** 一个医疗年度内，参保职工普通门诊就医发生的医药费用，统筹基金支付设立起付标准和最高支付限额。

**第八条** 参保职工在统筹区域内一级及以上协议定点医疗机构门诊发生的政策范围内医药费用，起付标准 400 元，起付标准以上部分由门诊统筹基金支付 60%，每人每年最高支付限额 1000 元。

**第九条** 参保职工在市内因突发急症或无责任方意外伤害急诊（转住院、死亡除外），在定点医疗机构发生的政策范围内急诊（救）费用，由普通门诊统筹基金按本办法第八条支付。

**第十条** 参保职工与基层医疗卫生机构签约开展个性化健康管理服务的，按照 60 岁以下参保人员 10 元/年、60 岁及以上老年人 50 元/年标准由普通门诊统筹基金支付，支付金额计入个人年度最高支付限额。

**第十一条** 参保职工普通门诊待遇执行基本医疗保险待遇免责期和待遇享受期。

**第十二条** 普通门诊统筹待遇仅限参保职工本人使用，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。

### 第三章 异地门诊管理

**第十三条** 符合我市异地医疗要求，办理异地医疗备案手续的参保职工，均可以申请办理普通门诊费用异地直接结算业务。

**第十四条** 异地安置（工作、长期居住）人员办理异地备案手续时同步开通异地就医普通门诊直接结算服务，在备案的就医省或地市选择开通跨省门诊费用直接结算服务的定点医疗机构就诊，发生的政策范围内普通门诊费用可直接联网结算，执行本市普通门诊报销政策。

**第十五条** 符合条件的转诊转院人员，可同步开通异地就医普通门诊直接结算服务，在备案的就医省或地市开通跨省普通门诊费用直接结算服务的定点医疗机构就诊，发生的政策范围内门诊费用可直接联网结算，结算标准为：个人首先自付 10%后，起付标准、报销比例、年度内最高支付限额执行本市普通门诊报销政策。起付标准、最高支付限额与市内费用累计计算。

**第十六条** 参保职工因突发急症或无责任方意外伤害在异地急诊（转住院、死亡除外），按规定办理备案手续后参照本办法第十五条执行。

**第十七条** 参保职工在异地二级及以上定点医疗机构和跨省直接结算医疗机构发生的门（急）诊费用，符合报销条件但未进行联网结算的，可持门诊发票和明细清单回参保地由医保经办

机构办理报销。

#### 第四章 医疗服务管理

**第十八条** 普通门诊就医执行实名制要求。定点医疗机构应当认真核查参保人员的证件，核实就医人员身份，杜绝冒名就诊行为。

**第十九条** 开展普通门诊常规检查、治疗，应遵循安全、有效、经济的原则，急性疾病每次处方用药一般不超过3日用量，最多不超过7日用量；慢性疾病每次处方用药不超过1个月用量。

**第二十条** 定点医疗机构应如实、规范填写就医人员病历，及时、准确上传参保人员就医信息，对于数据信息上传不符合要求的，医保经办机构不予结算相关费用。

**第二十一条** 参保职工住院期间、长期护理保险医疗专护和机构护理期间发生的普通门诊医药费用，不纳入普通门诊统筹基金支付范围。

#### 第五章 附 则

**第二十二条** 本办法由市医疗保障局负责解释。

**第二十三条** 本办法自2021年9月1日起施行，有效期至2022年8月31日。执行过程中如与上级新出台政策规定不相适应的，按上级政策要求执行。

