

济南市医疗保障局文件

济医保发〔2019〕19号

关于印发《济南市职工基本医疗保险 普通门诊统筹办法》的通知

各区县医疗保障局，济南高新区社会事务局，南部山区组织人事局，先行区社会事业部，莱芜高新区社会事务管理局：

为完善我市基本医疗保障体系，根据《济南市职工基本医疗保险办法》，我局制定了《济南市职工基本医疗保险普通门诊统筹办法》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

济南市医疗保障局

2019年12月15日

（此件主动公开）

济南市职工基本医疗保险 普通门诊统筹办法

第一条 为完善职工基本医疗保险制度，减轻参保人门诊医疗费用负担，提高参保人医疗保障水平，根据《济南市职工基本医疗保险办法》，结合我市实际，制定本办法。

第二条 我市职工基本医疗保险参保人的普通门诊统筹适用本办法。凡参加我市职工基本医疗保险的人员，均应当参加普通门诊统筹。

第三条 普通门诊统筹坚持“保基本”原则，保障参保人基本医疗水平，对基层卫生服务机构采取倾斜政策，引导参保人“小病进社区”，促进医疗资源的合理配置。

第四条 市医疗保障行政部门主管我市职工基本医疗保险普通门诊统筹工作。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。

第五条 普通门诊统筹所需资金由统筹基金和个人共同承担，其中个人部分，按照每人每月 10 元标准筹集。建立基本医疗保险个人账户的参保人（含退休人员），由医保经办机构通过个人账户调整等方式从职工基本医疗保险基金中划转；未建立基本

医疗保险个人账户的参保人，按照上述标准缴纳。

第六条 普通门诊统筹执行基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准。

第七条 在一个医疗年度内，参保人普通门诊就医发生的医疗费用，统筹基金支付设立起付标准和最高支付限额。

在一个医疗年度内，参保人发生的统筹基金支付范围内普通门诊医疗费用累计计算起付标准，起付标准只负担一次，按医疗机构级别分别确定：三级定点医疗机构1200元；二级及一级定点医疗机构700元；定点社区卫生服务机构400元。一个医疗年度内，参保人在中医定点医疗机构发生的统筹基金支付范围内普通门诊医疗费用的起付标准降低20%。

在一个医疗年度内，统筹基金支付普通门诊费用的最高数额为2000元。超过的部分，由大额医疗费救助金解决，最高支付限额为1000元。

第八条 统筹金（包括职工基本医疗保险统筹基金和大额医疗费救助金，下同）支付普通门诊统筹的数额不计入基本医疗保险基金和大额医疗费救助金最高支付限额。

第九条 在一个医疗年度内，参保人发生的统筹基金支付范围内普通门诊医疗费用，在起付标准以上、统筹基金最高支付限额以下的，由统筹基金和个人按下列规定比例分别负担：

（一）在三级定点医疗机构的，统筹基金负担40%，个人负担

60%;

(二) 在二级及一级定点医疗机构的, 统筹基金负担 60%, 个人负担 40%;

(三) 在定点社区卫生服务机构的, 统筹基金负担 80%, 个人负担 20%。

由大额医疗费救助金解决的部分按照上述比例支付。

建国前老工人统筹金负担比例较上述规定提高 5 个百分点, 个人负担比例相应降低 5 个百分点。

第十条 参保人一个医疗年度内发生的普通门诊统筹医疗费用, 经职工基本医疗保险统筹基金和大额医疗费救助金按规定支付后, 个人累计负担的合规医疗费用纳入职工基本医疗保险二次支付。

第十一条 普通门诊统筹实行定点管理。参保人应自愿选择一家普通门诊统筹定点医疗机构, 并与之签订《济南市职工基本医疗保险普通门诊统筹医疗服务协议》。参保人未选择普通门诊统筹定点医疗机构并与之签约的, 不享受普通门诊统筹医疗待遇。普通门诊统筹定点医疗机构确定后, 原则上在一个医疗年度内不得变更。

参保人在普通门诊统筹专科定点医疗机构范围内就诊专科疾病, 无需办理签约手续, 发生的普通门诊医疗费用由统筹金按规定支付。普通门诊统筹专科定点医疗机构范围由市医保经办机

构确定，并向社会公布。

第十二条 参保人在享受住院或长期护理保险专护待遇期间发生的普通门诊医疗费用，统筹金原则上不予支付。

第十三条 参保人因本人普通门诊统筹定点医疗机构不具备所需要的医疗条件而无法诊治的，由定点医疗机构负责办理转往我市上级定点医疗机构的转诊手续，发生的转诊医疗费用由个人垫付，经转出定点医疗机构审核后，按转入定点医疗机构普通门诊统筹支付待遇结算。

参保人因突发疾病，在其普通门诊统筹定点医疗机构以外的我市其他医疗机构就医，发生的急诊医疗费用参照上述规定结算。

第十四条 异地安置和长驻外地参保人员可在当地选择一家医疗机构作为其普通门诊统筹就医定点，发生的合规门诊医疗费用，个人先行垫付，由管理单位凭医院收费有效票据、费用清单、门诊病历等现金报销材料及时到医保经办机构办理报销手续。

第十五条 参保人异地转诊转院后在门诊治疗、临时在外地急症治疗的，发生的门（急）诊合规医疗费用，统筹金支付比例在第九条的基础上降低 10 个百分点。

第十六条 从治疗高血压的基本药物（卡托普利片、硝苯地平片、阿司匹林肠溶片、氢氯噻嗪片）、治疗糖尿病的基本药物（二甲双胍片、格列吡嗪片）、治疗冠心病的基本药物（硝酸异山梨酯片）中各确定一品规，向普通门诊统筹签约在定点社区卫生服务

机构的参保人免费提供。一个医疗年度内，免费药物金额累计不超过 240 元，超过部分按照普通门诊统筹规定予以报销。

第十七条 参保人急诊留观转住院、急诊留观超过 72 小时未转住院、在门诊抢救无效死亡和门诊慢性病参保人门诊治疗相应疾病的，发生的医疗费用不纳入普通门诊统筹支付范围。

第十八条 普通门诊统筹定点医疗机构应当严格遵守基本医疗保险和医疗卫生的各项法律、法规和政策规定，在参保人就医过程中要因病施治，严格掌握适应症，做到合理诊疗，并向医保经办机构实时上传门诊医疗费用明细。

第十九条 医保经办机构与定点医疗机构对普通门诊统筹医疗费用的具体结算办法及标准，由市医保经办机构另行制定。

第二十条 本办法自 2020 年 1 月 1 日起施行。上述政策措施与之前我市有关文件规定不一致的，以本文件为准。今后，如上级调整相关政策，按新调整后的政策执行。