

# 十堰市医疗保障局文件

十医保发〔2022〕44号

---

## 十堰市城乡居民基本医疗保险门诊统筹实施办法

各县（市、区）医疗保障局，局各科室，武当山特区医疗保障局，各门诊统筹定点医疗机构：

**第一条** 为进一步完善我市城乡居民基本医疗保险制度，提高城乡居民医保基金使用效率，切实减轻参保城乡居民普通门诊医疗费用负担，根据市人民政府办公室《关于印发十堰市城乡居民基本医疗保险市级统筹实施办法的通知》（十政办发〔2019〕47号）和省医疗保障局 省财政厅 国家税务总局《关于做好2022年城乡居民基本医疗保险工作的通知》（鄂医保发〔2022〕52号）有关规定，制定本实施办法。

**第二条** 城乡居民基本医疗保险门诊统筹（以下简称门诊统筹）坚持以下原则：坚持基本保障，低水平起步，重点保障城乡居民门诊常见病、多发病；坚持互助共济，提高保障水平；坚持定点管理，利用基层医疗卫生资源，引导参保患者合理就医，提高基金使用效率。

**第三条** 城乡居民基本医疗保险基金年度筹资总额的 20%用于门诊统筹基金，城乡居民基本医疗保险参保人员（以下简称参保人员）不另行缴费。2021 年国家医保信息平台上线后，全市城乡居民医保门诊统筹按照据实结算的原则管理。综合考虑经济社会发展水平、基金结余等情况，动态调整用于门诊统筹基金的比例、门诊统筹结算方式。

**第四条** 参保人员在市域内二级及以下门诊统筹定点医疗机构（以下简称门诊定点医疗机构）就医发生的符合医保目录规定的门诊医疗费用，不设起付标准，起付标准以上、年度封顶线以下的部分由城乡居民门诊统筹资金按 50%的比例支付。年度封顶线以上的费用自理。

门诊统筹支付比例、年度最高支付限额根据城乡居民医保基金运行及结余情况适时调整。

**第五条** 参保人员市域内门诊就医合规费用（含一般诊疗费）实行直接结算。参保人员就诊时只需支付应由个人负担的部分；统筹基金支付的部分，由门诊定点医疗机构与就医地医保经



办机构结算。

2023年1月1日起，城乡居民医保门诊统筹最高支付限额为350元/人。

参保人员异地就医时，发生的政策范围内门诊统筹医疗费用，按国家异地就医门诊医执行，待遇标准不变。

**第六条** 城乡居民医保制度整合前，原个人家庭账户资金不可以继续使用。各县（市、区）在参保人员知情同意的前提下，探索个人账户余额用于缴纳城乡居民医保费或将余额（含利息）一次性返还其本人。

**第七条** 医疗保险经办机构应与辖区内门诊定点医疗机构签订门诊统筹定点服务协议，将门诊统筹政策要求、管理措施、服务质量、考核结算办法和奖惩机制等内容细化在协议中，明确双方权利义务，确保门诊统筹服务质量，提高资金使用效率。

定点医疗机构应于每月5日前将上月门诊统筹费用，通过湖北省医疗保障信息平台发起对账申请，符合医保规定的门诊统筹基金发生额医保经办机构据实结算。

**第八条** 门诊定点医疗机构要遵循因病施治、合理检查、合理用药的原则，为参保人员提供及时、有效的治疗。凡出现推诿病人、开具大处方、套取医疗保险基金等违规情形的，视情节轻重，扣减结算费用、暂停医疗保险服务资格直至取消定点资格。

**第九条** 参保人员有下列情况，不享受门诊统筹待遇：

(一) 欠缴基本医疗保险费期间;

(二) 患病住院期间;

(三) 不在定点医疗机构就医的;

(四) 转职工医保参保的。

**第十条** 我市原有规定与本办法不一致的, 以本办法为准。  
执行中上级有规定的, 从其规定。

十堰市医疗保障局  
2022年12月7日

---

十堰市医疗保障局办公室

2022年12月7日印发

---