

# 焦作市医疗保障局文件

焦医保〔2024〕32号

---

## 焦作市医疗保障局 关于加强职工基本医疗保险门诊统筹 管理工作的通知

各县（市）区医疗保障局，市社会医疗保险中心，各定点医疗机构：

为进一步落实职工基本医疗保险（以下简称职工医保）门诊共济保障政策，完善门诊统筹就医结算管理，确保医保基金安全高效、合理使用，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令第735号）、《焦作市人民政府办公室关于印发焦作市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施方案的通知》（焦政办〔2022〕22号）等文件规定，现就加强门诊统筹管理工作有关事项通知如下。

## 一、加强门诊就医管理

（一）就医结算流程。参保职工在所有开展门诊统筹业务的定点医疗机构可自由选择就医。定点医疗机构应建立规范的门诊统筹医保管理制度，公布门诊就医结算流程。医保医师在接诊医保患者时，应进行人证核验，严格审核把关，规范代取药行为，建立代办人签字备案制度，杜绝冒名或虚假就医行为。门诊统筹费用实行即时联网结算，在结算时应充分利用诊间结算、移动支付、自助服务机、刷脸设备终端等措施，为参保人就医结算提供高效便捷服务。结算后应向参保人提供门诊病历、费用结算单、费用明细清单、医疗费收费票据，并做好医保报销政策解释工作。因特殊原因在定点医疗机构无法当日即时结算的，在 30 天内参保人可持病历、医疗费收费票据等相关材料回就医机构审核后重新联网结算。

（二）信息系统对接。定点医疗机构应按规定进行信息系统接口改造，按照《病历书写基本规范》书写并上传门诊统筹电子病历，同时做好电子处方上传及流转。

（三）结算信息上传。定点医疗机构为参保职工结算费用时，结算信息应准确关联接诊医师信息，不得冒用其他医师信息进行医疗费结算。需全面准确规范上传医疗诊断、药品用法用量以及全量上传药品等数据。

## 二、规范门诊诊疗行为

（一）合理合规诊疗。定点医疗机构应规范医保门诊统筹诊

疗行为，因病施治，根据患者病情合理检查、合理治疗、合理用药，做到检查、治疗和用药等与病情、诊断相符合，不得过度检查、过度治疗。应优先使用基本医疗保险目录内项目，使用医保统筹基金支付范围（以下简称统筹范围）外、统筹范围内有自负比例或统筹支付有支付标准的项目，应先征得患者或其家属同意并签字认可。不得将医保范围外的药品或诊疗项目串换成医保范围内药品或项目。不得以医保结算政策为由限制参保人就医取药、推诿病人。

（二）开具药品管理。医保医师开具药品时，西药处方应符合疾病西医诊治原则，遵循药品说明书病种范围和用量选择使用药品，严格掌握目录内药品限定支付范围；开具中药处方应遵循中医辨证施治原则，相同类别的中成药原则上不允许重复使用。应优先选择国家、省、地区联盟集中采购药品、国家谈判药品和医保药品目录范围内临床疗效好、价格合理的药品。门诊统筹患者开药量应严格执行《处方管理办法》等有关规定，每次开药量一般不超过 7 天，急诊不超过 3 天，慢性病一次开药量不得超过一个月（国家、省、市规定的长期处方适用慢性病病种除外）。

（三）开具检查检验项目及耗材管理。医保医师开具检查检验项目时，应严格掌握各项检验、检查适应症，不得将大型仪器检查项目（如 CT、MRI 等）和临床“套餐式”检验检查等作为常规检查，要充分利用参保人在其他定点医疗机构做的一般检查及特检项目检查结果，避免不必要的重复检查。定点医疗机构

应按规定收费，不得将检查检验项目分解收费、重复收费、打包收费。耗材应优先选择国家和省集中带量采购医用耗材，减轻参保人医疗费负担。

### 三、明确医保支付项目

定点医疗机构应严格把握门诊统筹报销范围和支付标准，对于健康查体费用、应当从工伤保险基金中支付的、应当由第三人负担的、应当由公共卫生负担的费用等不得纳入门诊统筹支付范围。参保人住院期间不得同时发生门诊统筹医保支付费用。

### 四、调整结算支付方式

（一）医保支付方式。自 2024 年 8 月 1 日起，对定点医疗机构职工医保门诊统筹实行预算管理下有条件约束的按项目付费。即年度门诊次均费用水平与核定年度次均费用基数相比，未超过合理增长幅度的费用，按医保政策规定和服务项目据实结算；超过合理增长幅度的部分，统筹基金不予支付，由定点医疗机构承担。待条件具备时，职工医保门诊统筹将实行区域总额预算下项目点数法（APG）付费。

1.年度门诊次均费用基数的核定。年度门诊次均费用基数按市三级综合医院、市级中医院、市级妇幼保健院、县三级二级综合医院、县级中医院、县级妇幼保健院、社区卫生服务中心、乡镇卫生院、其他专科医疗机构分别核定。市三级综合医院、县三级二级综合医院等医疗机构的基数以全市同类医疗机构上年平

均水平为基础合理确定；若上年平均水平低于前3年平均水平的，可按同类医疗机构前3年平均水平合理确定。如以上类别的医疗机构仅1家，按其他专科医疗机构年度门诊次均费用基数核定办法处理。其他专科医疗机构年度门诊次均费用基数原则上按本单位前3年的门诊次均费用加权平均数合理确定，按照时间加权的形式计算，越近的年份权重越高，权重比例为1:2:7。如前3年中有的年份因新冠疫情影响明显偏低的，可在前5年中选择3年较高水平的门诊次均费用进行平均。若该单位门诊次均费用明显高于全省同类医疗机构的，则按已公布的最新全省卫生健康统计年鉴中的同类医疗机构门诊次均费用数核定。

城区的其他一级或未定级的综合医疗机构参照社区卫生服务中心的门诊次均费用标准执行；乡镇的其他一级或未定级的综合医疗机构参照乡镇卫生院的门诊次均费用标准执行；村卫生室（所）普通门诊暂不实行年度次均费用管理办法。

2.门诊次均费用增长率上限的确定。年度门诊次均费用增长率上限综合考虑医保基金收入未来预期增长水平和近3年全市医疗机构门诊次均费用平均增长速度等因素合理确定。

### 3.2024年门诊次均费用基数和增长率上限的核定。

（1）门诊次均费用基数。根据2017-2023年全市医疗机构普通门诊有关统计资料，按照以上原则，经测算研究，2024年年度门诊次均费用基数分别核定为：

市三级综合医院 265 元/人次；

市级中医院 215 元/人次；  
市级妇幼保健院 298 元/人次；  
县三级二级综合医院 204 元/人次；  
县级中医院 200 元/人次；  
县级妇幼保健院 140 元/人次；  
社区卫生服务中心 123 元/人次；  
乡镇卫生院 82 元/人次；

其他专科医疗机构年度门诊次均费用基数原则上按本单位前 3 年的门诊次均费用加权平均数合理确定，按照时间加权的形式计算，越近的年份权重越高，权重比例为 1:2:7。如前 3 年中有的年份因新冠疫情影响明显偏低的，可在前 5 年中选择 3 年较高水平的门诊次均费用进行平均。若该单位门诊次均费用明显高于全省同类医疗机构的，则按已公布的最新全省卫生健康统计年鉴中的同类医疗机构门诊次均费用数核定。

（2）门诊次均费用增长率上限。综合考虑职工医保基金预期增长水平、近 3 年全市医疗机构门诊次均费用平均增长速度等因素，2024 年次均费用增长率上限核定为 6.5%。

在区域总额预算下项目点数法（APG）付费方式正式实施之前，每年核定一次门诊次均费用基数和次均费用增长率上限等指标，并在当年 4 月底之前以书面形式通知到各有关单位和定点医疗机构。

（二）月结算流程。定点医疗机构每月 10 日前完成医疗费

月度申报工作。经办机构根据医疗费申报额度，经核实后按照95%的比例在月底前完成职工门诊统筹月度拨付工作；其余5%与医疗服务质量挂钩，根据年终考核结果按规定结算。

如定点医疗机构发生特殊情况，年中停止医疗服务的，应按本通知和相关规定及时进行当年门诊统筹费用的结算，同时还要结清以往年度的医保统筹费用。

## **五、强化审核稽核监管**

（一）开展专项审核稽核。加强对定点医疗机构门诊费用审核稽核工作，做好事前提醒、事中审核和事后稽核，关注次均费用、结算人次等关键指标的监测，重点关注异常增长的药品（含中药饮片）、检验检查、诊疗项目。建立费用支出预警机制，对费用增长过快、高频次就诊等明显异动的定点医疗机构，适时开展专项审核稽核。

（二）严格压实管理责任。定点医疗机构应主动加强自我管理主体责任，规范诊疗服务行为。医保各部门应进一步强化医保基金监管责任，确保医保基金的支付安全，对违反国务院《医疗保障基金使用监督管理条例》和医保协议约定的定点医疗机构，给予约谈、通报、限期整改、纳入年度考核、追回或拒付违规费用、暂停医保基金拨付、暂停相关医保业务、解除医保服务协议等处理；对涉嫌违法犯罪的移送司法机关追究刑事责任；对严重违反规定的医护人员，给予通报批评、暂停医保服务资格的处理，构成欺诈骗保的，移交相关责任部门进一步处理。

## 六、相关事项

（一）普通门诊年终结算合理超支处理办法。凡严格执行本通知“规范医保诊疗行为”和落实国家、省药品、耗材集采政策规定，普通门诊考核期实际门诊人次数、次均费用高于核定基数和年度增长率上限的定点医疗机构，可以向当地医保经办机构提出对本单位普通门诊次数、次均费用复核的申请。医保经办机构受理申请后，将组织有关医疗专家对该单位单次费用最高的前100位门诊病人（如有必要可适当增加或减少抽取样本的数量，也可以随机抽取，下同）的医疗费用进行复核，复核结果与门诊超支费用的合理补偿挂钩。如果复核结果做到了根据患者病情合理检查、合理治疗、合理用药，检查、治疗和用药与病情诊断相符合，不存在过度检查、过度治疗等行为的，超支部分的统筹费用全额支付；如果存在部分过度检查、过度治疗、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务等违规情形的，违规费用占比（违规费用总额与门诊总费用之比）在60%以下的，按实际比例对超支的统筹费用进行扣除，仅对合规比例的超支统筹费用进行补偿；违规费用占比在60%及以上的，对统筹基金的超支部分不再进行补偿。

（二）不得以门诊次均费用超标准为由对参保人员普通门诊实行不合理限制。本通知下达的普通门诊次均费用年度基数、增长率上限是全年（或考核期）的平均水平，并不是要求定点医疗机构对参保人员普通门诊每次费用均不得超过的额度。各定点医

疗机构均不得以次均费用指标数（年度基数和增长率上限）限制参保人员普通门诊合理的正常费用或者符合规定慢性病取药天数。凡不执行政策规定，以医保部门控制次均费用为由，故意限制参保人员普通门诊合理检查、合理治疗导致参保人员上访、投诉，甚至引发舆情的，将对有关定点医疗机构进行通报批评，情节严重的，暂停医保门诊结算或解除医保服务协议。

（三）本通知自 2024 年 8 月 1 日起执行。

附件：职工医保门诊统筹实行有条件约束的按项目付费  
结算举例说明



附件

## 职工医保门诊统筹实行有条件约束的 按项目付费结算举例说明

例 1：假设某县二级综合医院本年度 8 月到 12 月职工医保门诊总诊疗人次数为 26 万人次，门诊医疗费用为 4500 万元。其中，根据职工医保门诊统筹报销政策规定和按项目付费结算方式统筹基金应负担 1860 万元。

根据本通知规定，2024 年县三级二级综合医院门诊次均费用基数为 204 元/人次，门诊次均费用增长率上限为 6.5%。

本年度 8 月至 12 月该医院门诊次均费用为 4500 万元/26 万人次=173.08 元/人次，由于其小于本年度二级综合医院门诊次均费用基数 204 元/人次，所以此期间的门诊统筹费用按项目付费办法据实结算。经年度考核合格后，职工医保统筹基金按 1860 万元支付给该医院。

例 2：假设市某三级综合医院本年度 8 月至 12 月职工医保门诊总诊疗人次数为 35 万人次，医疗总费用为 10500 万元。其中，根据职工医保门诊统筹报销政策规定和按项目付费结算方式计算统筹基金应付 4500 万元。

根据本通知规定，2024 年市三级综合医院门诊次均费用基数为 265 元/人次，年度增长率上限为 6.5%。

该医院当年8月至12月职工医保实际门诊次均费用为10500万元/35万人次=300元/人次。

该医院本年度8月至12月职工医保门诊次均费用比三级综合医院门诊次均费用基数高出 $(300/265-1) \times 100\% = 13.21\%$ 。

按照本通知要求，年度实际次均费用超过核定基数6.5%以上部分不予结算，所以统筹基金应支付 $35 \times 265 \times (1+6.5\%) \times 4500/10500 = 4233.38$ （万元）。

年度考核合格，职工医保统筹基金应支付该院8-12月职工医保门诊医疗费4233.38万元。

---

抄送：市卫生健康委员会，市财政局

---

焦作市医疗保障局办公室

2024 年 7 月 30 日印发

---