

南昌市人民政府办公厅文件

洪府厅发〔2019〕102号

南昌市人民政府办公厅 关于印发南昌市城乡居民基本医疗保险 普通门诊统筹暂行办法的通知

各县（区）人民政府、开发区（新区）管委会，市政府各部门：

《南昌市城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹暂行办法》已经市政府2019年第13次常务会审议通过，现印发给你们，请认真遵照执行。



2019年9月29日

（此件主动公开）

南昌市城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹 暂行办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善我市城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹制度，落实“保基本、强基层、建机制”要求，发挥医疗保险在医改中的基础性作用，引导城乡居民合理利用卫生资源，逐步提高城乡居民普通门诊医疗待遇保障水平，切实减轻城乡居民普通门诊医疗费用负担。根据《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（赣府发〔2016〕28号）、《关于贯彻落实〈医疗保障扶贫三年行动实施方案（2018-2020年）〉的实施意见》（赣医保发〔2019〕4号）和《关于规范建档立卡贫困人口医疗待遇管理工作的通知》（赣卫基层字〔2019〕10号）等文件精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹遵循以下原则：

（一）坚持普惠为主，重点保障参保居民常见病、多发病的医疗待遇；

（二）坚持总额控制，对定点医疗机构实行“总额控制、预算管理、包干使用、超支自负”；

（三）坚持合理定点，充分发挥基层医疗机构首诊作用；

（四）坚持协议管理，严格控制医疗服务成本，加强监管，

提高基金使用效率。

第三条 普通门诊统筹基金按当年度城乡居民个人缴费部分的 50%从城乡居民基本医疗保险基金中提取，实行分科目核算。提取标准可根据运行情况由市医疗保障局会同市财政局适时提出调整意见，报市政府批准后实行。

第四条 本办法适用于参加了我市城乡居民基本医疗保险并按规定缴纳了保险费用的城乡居民（大学生除外）。

第五条 各级医疗保障行政部门负责城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹的组织实施、监督管理工作；各级医疗保险经办机构负责城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹的业务经办工作。

财政、卫健委、民政、审计等部门应当在各自职责范围内协同做好城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹工作。

第二章 就医管理

第六条 参保居民享受普通门诊统筹待遇实行定点签约管理。参保居民应持社会保障卡选定一家门诊统筹定点医疗机构进行签约，作为其门诊统筹签约机构，并由门诊统筹签约机构在城乡居民基本医疗保险信息系统中登记确定。

在确定门诊统筹签约机构的同时，参保居民可自愿选择是否将其作为家庭医生签约服务的医疗机构。签订家庭医生服务协议，由门诊统筹签约机构在城乡居民基本医疗保险信息系统中登记确定。

首次参加我市城乡居民基本医疗保险的新生儿、刑满释放及

外来迁入等人员在按规定缴纳了保险费用后，需持社会保障卡选定一家门诊统筹定点医疗机构进行签约，作为其门诊统筹签约机构，并由门诊统筹签约机构在城乡居民基本医疗保险信息系统中登记确定。

办理了异地安置备案手续的参保居民，需持社会保障卡在本市选定一家门诊统筹定点医疗机构进行签约，作为其门诊统筹签约机构，并由门诊统筹签约机构在城乡居民基本医疗保险信息系统中登记确定。

第七条 门诊统筹定点医疗机构是指与医疗保险经办机构签订了普通门诊统筹服务协议城乡居民基本医疗保险定点医疗机构。门诊统筹定点医疗机构名单由市医疗保障行政部门实时向社会公布。

第八条 参保居民确定门诊统筹签约机构后，同一自然年度内不得变更，以下情形除外：

（一）家庭住址改变；

（二）门诊统筹签约机构被暂停基本医疗保险服务、终止或被解除基本医疗保险服务协议。

符合第一种情形的，参保居民须持社会保障卡及相关资料（房产证或房屋租赁证明等）到新选定的门诊统筹定点医疗机构办理变更手续，由门诊统筹定点医疗机构通过城乡居民基本医疗保险信息系统将相关资料上传至县（区）医疗保险经办机构，县（区）医疗保险经办机构在城乡居民基本医疗保险信息系统中登

记确定。自变更确定后的次月 1 日起参保居民在新选定的门诊统筹签约机构享受普通门诊统筹待遇。

符合第二种情形的，由县（区）医疗保险经办机构为参保居民在门诊统筹定点医疗机构中就近选定一家为其门诊统筹签约机构，在城乡居民基本医疗保险信息系统中登记确定，并及时在原门诊统筹签约机构和新选定的门诊统筹签约机构张贴通告。自变更确定之日起参保居民在新选定的门诊统筹签约机构享受普通门诊统筹待遇。

第九条 参保居民下一自然年度可重新选定门诊统筹签约机构。每年 10 月至 12 月持社会保障卡到新选定的门诊统筹定点医疗机构办理变更手续，变更从下一自然年度的 1 月 1 日起生效；未办理变更手续的，视为继续选定原门诊统筹签约机构。

第十条 参保居民在门诊统筹签约机构就诊时须出示社会保障卡，实行刷卡就医。门诊统筹签约机构接诊时要认真核对参保居民身份，将就诊信息实时上传至城乡居民基本医疗保险信息系统，按规定收取参保居民个人自付的医疗费用。

因病情需要经门诊统筹签约机构同意，参保居民可转诊至县级中医医院就医，转诊发生的普通门诊费用由个人先行垫付后回其门诊统筹签约机构按规定报销。

第三章 医疗待遇

第十一条 参保居民与门诊统筹定点医疗机构签约后发生的普通门诊费用可按普通门诊统筹政策报销。

第十二条 参保居民发生的下列医疗费用列入普通门诊统筹基金支付范围：

（一）在门诊统筹签约机构门诊就医发生的符合基本医疗保险药品目录范围的费用；

（二）在门诊统筹签约机构门诊就医发生的三大常规、生化检查、心电图以及其它属于基本医疗保险支付范围的诊疗项目费用；

（三）转诊至县级中医医院门诊就医发生的医疗费用报销范围仅限于基本医疗保险药品目录范围内的中成药、中药饮片及基本医疗保险诊疗项目中的甲类中医诊疗项目。

第十三条 下列门诊医疗服务不纳入普通门诊统筹保障范围：

（一）未在门诊统筹签约机构发生的门诊医疗服务；

（二）享受门诊特殊慢性病待遇有效期内因该病种发生的门诊医疗服务；

（三）已纳入城乡居民基本医疗保险住院统筹基金结算的门诊抢救医疗服务；

（四）住院期间发生的普通门诊医疗服务。

第十四条 参保居民在门诊统筹签约机构发生的符合规定的普通门诊医疗费用按 60%的比例报销，转诊至县级中医医院发生的符合规定的普通门诊医疗费用按 40%的比例报销。

建档立卡贫困人口在门诊统筹签约机构和转诊至县级中医

医院发生的符合规定的普通门诊医疗费用按 65%的比例报销。

参保居民自愿与门诊统筹签约机构签订家庭医生服务协议，在签订家庭医生服务协议的门诊统筹定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用的报销比例提高 5%。

第十五条 参保居民普通门诊统筹费用不纳入住院统筹基金最高支付限额及大病医疗保险最高支付限额范围。

第十六条 在享受普通门诊统筹待遇的基础上，参保居民符合医疗救助条件的，可按规定享受医疗救助待遇。

第四章 定点管理

第十七条 门诊统筹定点医疗机构应符合以下条件：

(一)本市城乡居民基本医疗保险定点医疗机构中的乡镇卫生院或社区卫生服务机构；

(二)实行基本公共卫生服务均等化。

纳入门诊统筹定点医疗机构管理的乡镇卫生院，其一体化管理的村卫生室可作为其门诊统筹医疗服务网点。

养老机构内部设置的定点医疗机构纳入门诊统筹定点医疗机构范围。

第十八条 门诊统筹定点医疗机构实行协议管理。市医疗保障行政部门统一制定定点医疗服务协议文本，县（区）医疗保险经办机构负责与本辖区内门诊统筹定点医疗机构签订协议。协议主要包括服务范围、服务内容、服务质量、费用结算、医疗服务监管、违约处理等内容，并明确定点医疗机构和医疗保险经办机

构的权利与义务。

第十九条 普通门诊统筹实行计算机信息化管理，门诊统筹定点医疗机构应使用全市统一的城乡居民基本医疗保险信息系统。

第二十条 门诊统筹定点医疗机构要坚持因病施治的原则，以病人为中心，合理检查、合理治疗、合理用药，确保门诊医疗服务质量，不得以任何理由和借口推诿、拒绝参保居民的门诊医疗需求。

家庭签约医生应当为参保居民建立居民健康档案，为参保居民提供常见病和多发病的中西医诊治、就医路径指导等基本医疗服务，并根据参保居民健康状况及实际需求，开展个性化医疗服务。

第二十一条 门诊统筹定点医疗机构应建立基层首诊和双向转诊就医机制，应至少与本市一家二级及以上基本医疗保险定点医疗机构建立区域医疗联合体，接受其医疗业务支持和指导。积极运用互联网技术，加快实现医疗资源上下贯通、信息互通共享、业务高效协同，便捷开展预约诊疗、双向转诊、远程医疗等服务，推动构建有序的分级诊疗格局。

第五章 费用结算

第二十二条 普通门诊统筹遵循“总额控制、预算管理、包干使用、超支自负”的原则。各门诊统筹定点医疗机构年度内实际发生的门诊统筹结算费用之和超过当年度城乡居民基本医疗

保险普通门诊统筹基金总额的,超支部分不予支付。

第二十三条 市医疗保障行政部门依据参保人群的年龄、疾病构成等因素,将参保人群分成五个服务组群,每个服务组群设定一个门诊统筹预算标准。各服务组群门诊统筹预算标准可根据运行情况由市医疗保障行政部门适时调整。

服务人群	年龄区间(岁)	门诊统筹预算标准 (元/人/年)
第一组	0,14-25	37
第二组	1,10-13,26-32,90-	70
第三组	2,7-9,33-52,88,89	141
第四组	6,53-64,81,83-87	181
第五组	3-5,65-80,82	226

注:上述所指参保居民年龄=普通门诊统筹待遇享受年度-出生年份

门诊统筹预算标准包含一般诊疗费及家庭医生签约服务中基本医疗保险统筹基金支付的费用。

第二十四条 每年1月底,市级医疗保险经办机构根据全市门诊统筹基金预算情况,结合各门诊统筹定点医疗机构签约人数及门诊统筹预算标准,确定当年度各县(区)城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹基金预算额,并划拨给各县(区)医疗保险经办机构。

第二十五条 县（区）医疗保险经办机构采用“总额控制、月预结算、年度决算”的方式与本辖区内门诊统筹定点医疗机构结算。村卫生室的门诊统筹费用由其一体化管理的乡镇卫生院负责分配。

第二十六条 县（区）医疗保险经办机构每月与本辖区内各门诊统筹定点医疗机构预结算。

门诊统筹定点医疗机构月预结算额度计算公式为：

各组群月预结算额度 = （各组群门诊统筹预算标准 ÷ 12） × 当月签约人数。

门诊统筹定点医疗机构月预结算额度 = 各组群月预结算额度之和。

当各门诊统筹定点医疗机构的月门诊统筹实际发生费用低于月预结算额度时，由县（区）医疗保险经办机构与门诊统筹定点医疗机构据实结算；当各门诊统筹定点医疗机构的月门诊统筹实际发生费用高于月预结算额度时，由县（区）医疗保险经办机构与门诊统筹定点医疗机构按月预结算额度结算。

第二十七条 年度末，县（区）医疗保险经办机构根据门诊统筹定点医疗机构年度预算额度对各门诊统筹定点医疗机构的门诊统筹实际发生费用进行决算。

门诊统筹定点医疗机构年度预算额度计算公式为：

门诊统筹定点医疗机构各组群预算额度 = 各组群门诊统筹预算标准 × 当年签约人数。

门诊统筹定点医疗机构年度预算额度 = 各组群预算额度之和。

第二十八条 参保居民首次选定门诊统筹签约机构不足一个自然年度的，门诊统筹预算标准全额计入其门诊统筹签约机构。

参保居民符合本办法第八条第一种情形变更门诊统筹定点医疗机构的，原门诊统筹签约机构的预算额度计算至变更之月，新门诊统筹签约机构的预算额度自变更次月起按月计算。

参保居民符合本办法第八条第二种情形变更门诊统筹定点医疗机构的，原门诊统筹签约机构的预算额度计算至变更前一个月，新门诊统筹签约机构的预算额度自变更之月起按月计算。

第二十九条 各门诊统筹定点医疗机构的门诊统筹实际发生费用按以下办法决算：

门诊统筹实际发生费用在年度预算额度 80% 以内的，据实结算；门诊统筹实际发生费用在年度预算额度 80%（含）- 90% 的，除据实结算外，再按其年度预算额度内未使用部分的 50% 支付给门诊统筹定点医疗机构；门诊统筹实际发生费用在年度预算额度 90%（含）以上的，按年度预算额度结算。

第三十条 建立普通门诊统筹考核激励制度。县（区）医疗保险经办机构负责本辖区内门诊统筹定点医疗机构的考核，村卫生室纳入其一体化管理的乡镇卫生院整体考核。考核资金根据运行情况从普通门诊统筹基金结余部分中提取，考核办法由市医疗

保障行政部门另行制定。

第三十一条 办理了异地安置备案手续的参保居民，自备案次年起享受普通门诊统筹待遇。以人均普通门诊统筹基金为最高限额，参保居民在安置地基层医疗机构发生的普通门诊费用，由其门诊统筹签约机构按规定报销。

第三十二条 参保居民取消异地安置的，应及时到县（区）医疗保险经办机构办理取消手续，当年度在本市门诊统筹签约机构发生的普通门诊费用不予报销。

第三十三条 门诊统筹定点医疗机构普通门诊统筹盈余费用，可用于基层医疗机构医务人员绩效考核和提高卫生公共服务能力建设。

第六章 监督管理

第三十四条 县（区）医疗保障行政部门通过网上实时监控、抽查档案等方式，对参保居民普通门诊用药、检查、治疗发生的医疗费用进行审核，违规费用将在结算中予以扣除。

第三十五条 门诊统筹定点医疗机构不得拒绝参保居民提出的门诊统筹医疗服务签约要求，不得以任何理由和借口推诿、拒绝参保居民的门诊医疗需求，违反此规定的，经核实，由市、县（区）医疗保障行政部门依据相关规定作出处理。

第三十六条 门诊统筹定点医疗机构必须严格执行门诊统筹政策和服务协议有关规定，不得伪造病历资料和检查资料、串换药品、非法套取医保基金，经查处属实，即追回违规取得的医

保基金，由市、县（区）医疗保障行政部门依据相关规定作出处罚，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第三十七条 建立诚信机制。将医疗机构、签约医生、参保居民的违规行为记入诚信系统。

第七章 其 它

第三十八条 对于享受高血压、糖尿病两种门诊特殊慢性病待遇（以下简称“两病”）的参保居民，可在原选定的定点医疗机构基础上，将门诊统筹签约机构增加为其门诊特殊慢性病就诊的定点医疗机构。

第三十九条 承接“两病”医疗服务的门诊统筹定点医疗机构应配齐门诊特殊慢性病所需药品，满足参保居民用药需求。

第四十条 将“两病”管理与家庭医生签约服务工作相结合。门诊统筹定点医疗机构可根据“两病”诊疗规范和参保居民的用药需求，在确保安全有效的前提下，由签约家庭医生为参保居民开具“两病”长期处方，一次处方用药周期可根据病情需要最多放宽至2个月。

第四十一条 家庭医生在开具“两病”长期处方时，要谨慎评估疾病风险，严格把握适应指征，明确告知参保居民处方适用范围和注意事项。

第四十二条 参保居民在门诊统筹签约机构进行“两病”就医时，其报销比例和年度最高支付限额按城乡居民基本医疗保险门诊特殊慢性病政策执行。

第八章 附 则

第四十三条 本办法自 2020 年 1 月 1 日实施,《南昌市人民政府关于印发〈南昌市城乡居民基本医疗保险家庭个人账户门诊统筹暂行办法〉的通知》(洪府发〔2017〕6 号)同时废止,原城镇居民门诊家庭补偿金个人账户及城乡居民家庭个人账户门诊统筹剩余额度可继续使用,用完为止。

大学生普通门诊统筹按原规定执行。

抄送: 市委办公厅, 市纪委办公厅, 市人大常委会办公厅, 市政协办公厅, 南昌警备区, 市委各部门, 市法院, 市检察院, 群众团体, 新闻单位。

南昌市人民政府办公厅秘书处

2019 年 9 月 29 日印发



