

# 韶关市医疗保障局文件

韶医保规〔2023〕2号

---

## 韶关市医疗保障局关于发布《韶关市城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹管理办法》 的通告

《韶关市城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹管理办法》已经市政府批准,并经市司法局合法性审查,审查号:韶法审〔2023〕6号,现予以发布。

特此通告

韶关市医疗保障局

2023年3月7日

# 韶关市城乡居民基本医疗保险 普通门诊统筹管理办法

**第一条** 为进一步完善我市城乡居民基本医疗保险制度，提高城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）参保居民普通门诊统筹待遇水平，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《韶关市基本医疗保险实施办法》（韶府规〔2022〕18号）等文件规定，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 开展城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹（以下简称普通门诊统筹）坚持以下原则：

（一）坚持保障基本，重点保障群众负担较重的门诊多发病、慢性病；

（二）坚持筹资及保障水平与社会经济发展水平相适应；

（三）坚持社会共济，充分发挥统筹基金作用，提高基金使用效率；

（四）坚持统筹联动，完善门诊保障机制同步推进；

（五）坚持立足基层，推动完善基层医疗卫生服务体系。

**第三条** 普通门诊统筹享受对象：全市范围内参加城乡居民基本医疗保险并按规定缴纳基本医疗保险费的居民，均可享受门诊统筹医疗保险待遇。

**第四条** 市医疗保障部门负责制定全市城乡居民普通门诊统筹相关政策并组织实施，对定点医药机构进行监督检查，并指

导各县（市、区）医疗保障部门开展普通门诊统筹工作。

各级医疗保障经办机构负责普通门诊统筹的经办管理服务  
工作，并协助医疗保障部门对定点医药机构开展监督检查。

**第五条** 普通门诊统筹金单独列账、单独核算，并执行国家、省、市社会保险基金预算制度、财会制度和内部审计制度。

**第六条** 普通门诊统筹就医管理实行定点医疗。

参保居民须在韶关市区域内的定点医疗机构中选择一家基层医疗机构（乡镇卫生院、社区卫生服务中心或大、中专、技校校医院）和一家一体化建设的卫生站作为自己的普通门诊定点医疗机构，一般一年一定。参保居民确因居住地迁移等情形需要变更选定医疗机构的，可向当地医疗保障经办机构或指定定点医疗机构申请办理变更手续。除急救和抢救外，参保居民未经转诊到非选定医疗机构门诊就医，统筹基金不予支付。

**第七条** 普通门诊统筹金来源：按每人每年 50 元标准从城乡居民基本医疗保险基金中提取，参保居民个人不缴费。

**第八条** 普通门诊统筹金支付范围和支付标准。

（一）支付范围：普通门诊统筹按照广东省基本医疗保险药品目录、医用耗材和诊疗项目支付范围支付。普通门诊统筹不设起付标准，年度最高支付限额为每人 300 元，市外就医年度最高支付限额为 50 元/年。

出生 6 个月内参加居民医保的新生儿，其出生到参保前所发生的普通门诊医疗费用纳入门诊统筹支付范围，按规定给予支付。出生 6 个月后参加居民医保的新生儿，从缴费次月起至

当年度 12 月 31 日所发生的普通门诊医疗费用纳入门诊统筹支付范围，按规定给予支付。

**（二）支付标准：**

1. 一般诊疗费（村卫生站 5 元/人·次，乡镇卫生院、社区卫生服务中心 10 元/人·次）纳入居民医保普通门诊统筹支付范围，按 70% 给予支付。

2. 普通门诊合规医疗费用支付比例：卫生站和大、中专、技校校医院、基层医疗卫生机构按 70% 给予支付。

**第九条 居民医保普通门诊医疗费用结算管理。**

**（一）参保居民普通门诊医疗费用结算：**

1. 参保居民可凭医保电子凭证、社会保障卡或居民身份证等到约定医疗机构就医。医疗机构要认真核实参保居民身份，将就医信息及时录入报销管理系统上传至医疗保障经办机构。医疗机构直接收取患者个人自付部分的费用，统筹金支付部分由医疗保障经办机构与医疗机构进行月预拨付。

2. 参保居民就医时因约定医疗机构条件所限需转诊的，须经约定医疗机构批准转往我市基本医疗保险定点医疗机构门诊治疗，其转诊后的普通门诊医疗费用先由患者垫付，再到约定医疗机构按有关规定报销。未经约定医疗机构批准自行到其它医疗机构就医所发生的门诊医疗费用不予支付。

**（二）医疗保障经办机构与普通门诊统筹定点医疗机构的结算方式：**在总额预算管理的基础上，实行按人头付费“月预预付、年终清算”结算方式，节余奖励，超支不补。

1. 定额包干：当年度普通门诊定点医疗机构签约（以信息签约为准）人数的门诊统筹费总额为该医疗机构当年度包干费用，定额标准为基层医疗卫生机构 50 元/人，将村卫生站签约的门诊统筹费金额合计预拨给一体化建设的卫生院（包括社区卫生服务中心），由卫生院按照工作完成量与卫生站结算。

2. 月预结算：医疗保障经办机构根据定点医疗机构上月的实际费用进行结算，月预结算额不超过每月预拨付额，月结算额的 5% 作为质量保证金，待年终考核后按有关规定结付。

月预拨付额：医疗保障经办机构根据普通门诊定点医疗机构上月签约人数，以当年度包干费用人均标准的 80% 分月预拨给该医疗机构，其余 20% 作为质量保证金和调节金（其中 5% 作为质量保证金，待年终考核后按文件规定清算，15% 作为调节金），根据该医疗机构每月普通门诊费用的执行情况等进行调节使用。

$$\text{月预付额} = \frac{\text{定额标准}}{12 \text{个月}} \times \text{上月签约人数} \times 80\%$$

月度预付公式：

$$\text{月预结算额} = \text{符合医保实际发生费用} \times \text{支付比例} \times 95\%$$

月预结算额大于每月预付额，按每月预付额支付

月预结算额小于每月预付额，按月预结算额支付

3. 年终清算：医保年度考核工作结束后，医疗保障经办机构根据普通门诊定点医疗机构年度普通门诊费用的执行情况进行年终清算。

$$\text{年终清算} = \text{每月预结算额的质保金} \times \text{年终考核分数}$$

4. 节余奖励: 全年实际发生符合结算范围的普通门诊费用在该医疗机构当年度包干费用的 80% 以上 (含 80%) 的, 按 100% 结算奖励给该医疗机构; 全年实际发生符合结算范围的普通门诊费用在该约定医疗机构当年度包干费用的 80% 以下的, 据实结算, 剩余部分返还医保基金。

节余奖励范围:

$$80\% \leq \frac{\text{全年门诊统筹基金支付额}}{\text{定额标准} \times \text{年签约人数}} \times 100\% < 100\%$$

节余奖励额 = 定额标准 × 年签约人数 - 全年门诊统筹基金支付额

5. 超支不补: 全年实际发生符合结算范围的普通门诊费用超过该医疗机构当年度包干费用, 超出部分不予补偿, 由该医疗机构承担。

**第十条** 普通门诊定点医疗机构应当建立门诊统筹基金台账, 于每月 5 日前将上月办理普通门诊结算病人的费用统计报表等资料汇总后报医疗保障经办机构审核。

**第十一条** 医疗保障经办机构应与普通门诊定点医疗机构签订医疗服务协议, 将门诊统筹政策要求、管理措施、服务质量、考核办法、奖惩机制等落实到定点协议中, 通过协议强化医疗服务的监管。定期公布普通门诊定点医疗机构服务费用、质量、群众满意度等情况, 充分发挥社会监督作用。实行年度考核制度, 将门诊就诊率、转诊率、次均费用增幅、费用结构、签约人数等指标纳入普通门诊定点医疗机构年度考核范围。

**第十二条** 普通门诊定点医疗机构必须严格执行医保政

策和服务协议有关规定，不得以就诊定额包干为由拒治就诊病人，更不得串通病人伪造病历资料和检查资料、串换药品、非法套取医保基金，分解就诊、重复收费。一经发现，由医疗保障经办机构依据《广东省医疗保障局关于印发广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法的通知》（粤医保规〔2021〕1号）第三十七条的规定对相关行为进行处理。发现定点医疗机构涉嫌骗取医疗保障基金的，由医疗保障行政部门按照《医疗保障基金使用监督管理条例》调查处理；涉嫌违法犯罪的，移送司法机关，依法追究其刑事责任。

**第十三条** 参保居民就诊时应尊重医务人员的诊疗决定，不得干预医务人员的诊疗行为，不得弄虚作假、冒名顶替、私自涂改单据等，一经发现，即对直接责任人追回已支付的门诊统筹费用，并按有关规定处理。

**第十四条** 居民医保普通门诊统筹筹资标准和支付标准由韶关市医疗保障行政部门根据本市经济发展状况及基金运行情况，适时提出年度调整方案，按程序报市人民政府批准后执行。

**第十五条** 本办法由韶关市医疗保障行政部门负责解释。

**第十六条** 本办法自印发之日起施行，有效期五年。《韶关市人力资源和社会保障局关于印发〈韶关市城乡居民普通门诊统筹管理办法〉的通告》（韶人社规〔2018〕1号）同时废止。此前规定与本办法规定不一致的，按本办法执行。本办法未尽事宜按国家和省有关规定执行，如遇国家、省政策调整，按国家、省政

策规定执行。

公开方式：主动公开

---

韶关市医疗保障局办公室

2023年3月7日印发

---