

湛江市医疗保障局

湛江市卫生健康局文件

湛江市财政局

湛医保〔2024〕44号

湛江市医疗保障局 湛江市卫生健康局
湛江市财政局关于进一步完善城乡居民
基本医疗保险普通门诊统筹
管理服务工作的通知

各县（市、区）医疗保障局、卫生健康局、财政局，市医保中心：

为加强和改进城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹（以下简称：门诊统筹）管理服务，更好满足广大城乡居民基本医疗保险需求，提升基层医疗卫生机构医保服务水平，根据《广东省医疗保障局 广东省卫生健康委员会关于全面推进村卫生站医保结算工作的通知》（粤医保函〔2024〕118号）、

《关于完善城乡居民医保普通门诊统筹的通知》（湛人社〔2013〕481号）、《关于取消湛江市城乡居民基本医疗保险普通门诊个人账户的通知》（湛医保〔2020〕54号）以及国家和省关于门诊统筹有关文件精神，结合我市工作实际，现就进一步完善门诊统筹管理服务有关事项通知如下：

一、全面推进村卫生站医保结算

各县（市、区）医保部门、卫生健康部门是村卫生站纳入医保结算工作的责任主体，负责将辖区内公建规范化村卫生站和获得各级财政补助的村卫生站全部纳入医保结算范围。乡镇卫生院（含社区卫生服务中心，下同）是村卫生站纳入医保结算工作的实施主体，推动辖区内公建规范化村卫生站和获得各级财政补助的村卫生站实行镇村一体化管理。2024年12月底前，力争全市符合条件的公建规范化村卫生站和获得各级财政补助的村卫生站医保结算实现全覆盖，农村参保群众就医报销更加便捷，获得优质基本医疗卫生服务的可及性显著提高，幸福感、安全感持续增强。

二、规范医保协议管理

市医保经办机构要结合村卫生站医疗服务特点和医保服务管理要求，完善医保定点服务协议管理，协议内容要包含村卫生站，并明确对村卫生站管理的责任和有关要求。乡镇卫生院对纳入镇村一体化管理的村卫生站，统一向医保部门申请开通医保结算服务，并对村卫生站实行动态管理。市

医保经办机构制定协议版本，加强沟通协调，指导协议签订工作。各县（市、区）医保经办机构分别负责与辖区内乡镇卫生院签订医保定点协议，乡镇卫生院负责代表当地医保经办机构与辖区卫生站签订医保定点补充协议。

三、实行定点签约就医

门诊统筹就医管理实行定点医疗。城乡居民参保人按照政策规定，须在城乡居民医保集中征缴期内（一般为每年10月至12月份），选择1家乡镇卫生院和1家与该卫生院实施镇村一体化管理的村卫生站作为下一年普通门诊定点医疗机构，原则上一年一定。参保人未申请办理签约变更手续的，次年度默认为保持不变。参保人因居住地迁移等情形需要办理签约变更的，在城乡居民医保集中征缴期内办理，次年1月1日起生效。

四、规范门诊统筹筹资标准

从2025年1月起，按每人每年50元的标准从当年城乡居民医疗保险基金中筹集门诊统筹基金，用于参保人在乡镇卫生院或村卫生站门诊就医和一般诊疗费支出。

五、调整普通门诊待遇

参保人在签约的定点乡镇卫生院和村卫生站门诊就医，每次就医起付线20元，一般诊疗费及医保“三大目录”内医疗费用报销比例为60%，年度累计最高支付限额300元；市外就医年度最高支付限额为50元/年。不设定次限额、月

限额等规定。参保人到非签约的乡镇卫生院和村卫生站门诊就医的，统筹基金不予支付。

六、完善医保结算支付

门诊统筹实行总额预算管理下的按人头付费。乡镇卫生院与其一体化管理的村卫生站医保业务量合并计算，由乡镇卫生院统一向医保部门申报结算，医保部门按照“定额包干、按月结算、年终清算、超支不补”的方式进行结算，将费用统一拨付给乡镇卫生院，由乡镇卫生院牵头与村卫生站按协议约定分配。

（一）定额包干。医保部门按照当年乡镇卫生院签约人数（以签约信息为准）乘以每人 50 元的普通门诊统筹基金，作为该乡镇卫生院当年度定额包干费用。

（二）按月结算、年终清算。医保部门每月安排的门诊统筹基金为乡镇卫生院当年度定额包干费用的 1/12。当月乡镇卫生院（含一体化管理的村卫生站，下同）门诊统筹发生费用小于或等于每月门诊统筹基金时，按乡镇卫生院门诊统筹实际发生费用的结算。当月门诊统筹发生费用大于每月门诊统筹基金时，按每月门诊统筹基金结算给乡镇卫生院。当月结算给乡镇卫生院门诊统筹费用按 95% 支付，剩余的 5% 作为质量保证金，年度考核后再予以清算支付。

（三）超支不补。实际发生门诊记账费用超出全年定额包干费用总额的，超出部分由乡镇卫生院承担，统筹基金不再支付。

七、加强属地管理服务

(一) 发挥主管部门行政管理作用。医疗保障部门负责落实普通门诊统筹的相关政策，按照省要求建设完善医保结算系统，指导乡镇卫生院符合条件的村卫生站纳入医保结算，牵头协调工作推进过程中出现的问题，加强医保政策宣传培训。卫健部门负责督促乡镇卫生院落实主体责任，推动村卫生站实行镇村一体化管理；加强监督管理，规范诊疗行为，推进乡镇卫生院和村卫生站用药目录统一；督促乡镇卫生院将医保结算服务情况纳入村卫生站年度绩效考核范围。

(二) 落实医保经办机构协议管理责任。市医保经办机构负责全市结算经办管理服务的统筹协调工作。各县(市、区)医保经办机构负责辖区内经办结算管理服务工作，实行属地管理。按照管理权限，由市和各县(市)医保经办机构受理辖区村卫生站医保定点申请及资格审批，签订医保定点，提供经办服务，按规定及时结算支付费用，并做好对乡镇卫生院和村卫生站年终考核等工作。

(三) 镇村联动实行一体化管理。乡镇卫生院负责将一体化管理的村卫生站全部纳入医保结算范围，对其进行经办管理、信息管理、监督管理等，并共同根据医保协议为参保居民提供门诊就医服务。

(四) 加强监管促进规范运行。各县(市、区)医保部门、卫健部门按照部门职责切实加强对村卫生站的就医管理，将医保服务情况纳入对乡镇卫生院和村卫生站考核及检查范

围。对监督检查中发现村卫生站的问题，要及时整改并通报给辖区乡镇卫生院。对纳入医保结算的村卫生站，医保部门要按照医保服务协议要求，加强管理，确保纳入医保结算的村卫生站规范运行。对出现骗保套保等违法违规行为的村卫生站或乡镇卫生院，按有关规定严肃处理。

本通知自 2025 年 1 月 1 日起实施。此前我市城乡居民医保普通门诊统筹管理规定与本通知不一致的，以本通知为准。



公开方式：主动公开

湛江市医疗保障局办公室

2024年8月20日印发
