

# 湖北省卫生厅办公室文件

鄂卫办发〔2009〕129号

## 省卫生厅关于推广新农合 门诊统筹补偿模式的指导意见

各市、州、县卫生局：

为深入贯彻落实国家医改精神，巩固和完善我省新农合制度，扩大受益范围，提高参合农民受益水平，现就推广新农合门诊统筹补偿模式提出如下指导意见。

[www.med126.com](http://www.med126.com)

### 一、指导思想

以《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》和省委、省政府《湖北省深化医药卫生体制改革实施方案》为指导，充分发挥新农合制度互助共济的作用，引导参合农民有病早治，扩大参合农民受益面，提高参合农民受益水平，让农民充分感受公共财政的惠民政策。

## 二、目标与原则

(一) 目标：2009年，全省三分之一以上的县（市、区）全面开始实施门诊统筹；2010年全省所有实施新农合制度的地区均开展门诊统筹。

(二) 原则：以乡村两级新农合定点医疗机构的门诊服务为主体，引导病人就近就医；普通门诊统筹与慢性病门诊限额补偿同步推进，扩大参合农民受益面；对病人实行“按比例补偿，每日限额，年度封顶”的方式，对医疗机构实行“超支按比例分担”，严格控制门诊费用的不合理增长，确保农民受益，力求基金平衡。

## 三、门诊统筹的组织与管理

新农合门诊统筹实行“县级统筹管理、乡镇独立核算”的管理体制，即门诊基金全县统一管理，分乡镇独立核算基金筹集、使用情况。以乡、村两级定点医疗机构的门诊服务为主体，对参合农民普通门诊发生的医药费用按比例进行补偿，每日限额，年度封顶。

县级新农合管理经办机构主要承担全县范围内门诊统筹实施方案的制定、定点医疗机构的审定、门诊统筹基金的审核、拨付以及日常业务的管理、[www.med126.com](http://www.med126.com) 监督和指导等任务。乡镇新农合派出机构（人员）主要负责辖区内门诊统筹基金预算方案的制订、辖区内定点医疗机构服务行为以及参合农民就医行为的监督和管理，每月门诊统筹补偿运行情况分析，本乡镇门诊补偿资料的初审及门诊补偿基金的申报工作。定点医疗机构负责参合农民就诊时的身份审核、登记、门诊补偿及信息管理等工作。

## 四、门诊基金的分配与使用

### （一）基金分配

门诊统筹基金划分以自然年度为运行周期。当人均筹资水平为100~150元时，门诊统筹基金分配比例原则上占筹资额度的20%~25%。

### （二）基金使用

门诊统筹基金只能用于参合农民在定点医疗机构普通门诊医疗费用补偿和慢性病治疗费用限额补偿，不设风险基金。一般慢性病基金可占门诊统筹基金的10~20%，剩余为普通门诊基金。

门诊统筹基金实行全县统一管理，以乡镇为单位独立核算，纳入新农合基金专户管理，封闭运行，保障基金安全。

上年度实施门诊家庭账户的地区，账户内基金未使用完的，仍可结转下年由家庭成员共同使用，冲抵门诊个人自付费用部分。已经由家庭账户转为门诊统筹的地区可规定家庭账户余额必须在一年或两年内全部使用完，否则纳入门诊统筹基金。

### （三）门诊费用控制

各统筹地区可通过设置定点医疗机构的服务范围、平均处方金额、次均费用上限，统一常用药品限价及目录外药品金额的比例等措施来控制门诊医疗费用，通过县、乡两级管理经办人员的定期抽查、[www.med126.com](http://www.med126.com)审核制度来加强对定点医疗机构的监管，保证门诊基金的合理使用。

有条件的地区要根据门诊就医和医疗费用支出等特点，积极探索实施总额预付或按人头付费等费用支付办法，规范定点医疗机构服务行为。

### （四）基金结余及透支处理

门诊统筹基金年度有结余的，其余转入下年继续使用或与住院统筹基金调剂使用。门诊统筹基金出现透支时，由各门诊定点医疗机构来分担透支资金，分担比例可参照各机构年门诊补偿人次、次均费用、补偿金额，以及日常抽查、监管评分等因素来制定，参合农民不承担基金透支风险。

## 五、门诊医疗费用的补偿

参合农民在本乡镇内凭合作医疗证（卡）可自主选择乡村两级定点医疗机构就医，按当地门诊统筹补偿政策获得补偿。在县级及以上医疗机构发生的普通门诊医药费用原则上不予补偿，慢性病定点医疗机构可延伸至县级医疗机构。

### （一）补偿范围

参合农民因病门诊就诊治疗，可获得治疗期间包括治疗、常规检查、药品等费用的补偿，各地可根据实际情况，制定更为详细的补偿项目。各统筹地区还可结合当地实际，设置部分特色专科项目予以限额补偿。

### （二）补偿标准

1. 普通门诊：普通门诊费用补偿不设起付线，补偿比例和补偿额度由各统筹地区对本地次均门诊费用水平、年门诊人次等情况进行全面基线调查，结合当年门诊统筹可用资金的规模，精确测算而定。乡村两级定点医疗机构的门诊医疗费用可按 20~30%的比例补偿，每日门诊补偿封顶额可定为 6~15 元，同时应设定年度累计封顶线，各地可根据实际情况选择设定个人年度累计封顶线或家庭年度累计封顶线。

2. 门诊慢性病限额补偿：各地要根据实际情况，另行制订门诊慢性病限额补偿方案，重点对发病率高、治疗费用负担较重、治疗周期长的慢性疾病，给予适当额度补助。享受慢性病门诊限额补偿者不再享受普通门诊补偿。

### （三）补偿程序

1. 各统筹地区新农合管理经办机构应统一制作门诊登记本、门诊补偿登记表、新农合门诊专用双联处方和专用三联收据（或门诊补偿结算单）。参合患者在乡镇内定点医疗机构门诊就医发生的医药费、检查费等费用，由接诊定点医疗机构按补偿标准直接补偿，并由定点医疗机构经办人员（村卫生室由乡医）在合作医疗证（卡）上进行登记，同时填写门诊医疗补偿登记表，患者签字认可。慢性病补偿对象原则上先由病人自付全部医药费用，然后凭门诊收费发票或电脑费用清单或专用处方，携《慢性病就诊证》到乡镇新农合经办机构申请报销。

2. 各定点医疗机构每月将门诊医疗补偿登记表、双联处方（结算联）、收据（或门诊补偿结算单）上报乡镇经办机构初审，乡镇经办机构上报县级经办机构复审，然后由县级经办机构送县财政部门 [www.med126.com](http://www.med126.com) 复核，复核通过后，依照程序，由新农合基金代理金融机构按核定金额将垫付款拨付各定点医疗机构，每月核拨一次。

3. 出现下列情况时，门诊统筹不予补偿：

（1）在县级及以上定点医疗机构、在本乡镇内非定点医疗机构所发生的门诊医疗费用；

（2）国家基本药物目录和新农合药物目录外的药品费用；

- (3) 与疾病无关的检查费、药品费、治疗费；
- (4) 经调查核实属骗取门诊基金行为的医疗费用；
- (5) 各统筹地区新农合实施办法不予补偿的范围。

## 六、门诊服务提供

新农合门诊定点医疗机构按照医疗服务规范要求，为患者提供医疗服务，并逐步实现同级定点医疗机构检查结果互认，避免医疗资源浪费，降低参合农民医药费用负担。村级定点医疗机构接诊参合患者时，经门诊治疗三天仍不能明确诊断者，应转上级医疗机构治疗，不得截留危重症病人或法定传染病病例。

定点医疗机构要坚持“因病施治，合理检查、合理用药”的原则，引导农民合理就医，严禁开“大处方”、“分解处方”、做“套餐式”检查；在接诊参合患者时，必须坚持“先验证，后补偿”的原则。

## 七、管理与监督

### （一）公示公开制度

县级经办机构要建立门诊费用及补偿情况定期统计分析制度，制定符合当地实际情况的门诊医药费用控制机制，与县财政、审计部门一起，联合乡镇经办机构、财政所定期对定点医疗机构门诊统筹基金使用情况、[www.med126.com](http://www.med126.com)次均门诊费用和目录外用药情况、门诊处方、补偿登记本、补偿台帐及信息系统门诊数据等进行抽查，并公示检查结果，接受群众监督。

定点医疗机构要将新农合门诊补偿项目及收费标准、门诊基本药物目录及价格、补偿程序、参合农民的权利和义务、每月本定点医疗机构补偿人次、次均费用、补偿金额等信息上墙公示，确保补



偿的公开、公平、公正。

乡镇经办机构和定点医疗机构应建立门诊医疗基金专用补偿台账，严格审核新农合门诊医疗费用补偿情况，做到“门诊医疗补偿登记表、合作医疗证（卡）、处方、门诊补偿台账与信息系统自动产生的门诊数据”五相符。

## （二）奖惩措施

县新农合管理委员会联合县卫生局要对辖区内新农合工作进行考核，对认真履行职责和义务，取得显著成绩的管理经办机构、医疗机构及其工作人员，给予一定的表彰和奖励，调动人员工作积极性。对违反新农合管理规定，弄虚作假、徇私舞弊、套取门诊统筹基金的机构和工作人员，视其情节轻重，给予行政处分和经济处罚，直至取消其定点医疗机构资格、机构及工作人员的执业资格。

强化参合农民持证（卡）就医意识。参合农民就医时必须持本人合作医疗证（卡）（慢性病患者持《慢性病就诊证》）在定点医疗机构就医，方可享受医疗费用补偿。对将本人证（卡）借给他人使用等其他违反新农合管理规定、套取新农合基金的，所发生的门诊医药费用不予报销，并按新农合实施办法有关规定给予中止其当年的门诊、住院补偿等处罚措施。  
[www.med126.com](http://www.med126.com)

## （三）新农合基本药物的使用

要努力推行乡村卫生服务管理一体化工作，鼓励卫生行政部门或新农合经办机构通过药品集中招标采购、统一配送等方式严格限制常用基本药品价格，强化监管处罚措施，保障基本用药的可及性、安全性和有效性，减轻参合农民基本药物费用负担。乡、村两级定点医疗

机构应严格执行国家基本药物目录和新农合基本药物目录，乡级医疗机构使用《湖北省新型农村合作医疗基本药物目录（第三版）》外药品费用占药品总费用的比例控制在5%以内，村卫生室必须全部使用目录内药品。定点医疗机构在使用目录外药品时，须征得患者或其家属的同意并签字，同时在处方上注明“自费”字样，未经签名认可使用目录外药物所产生的费用由定点医疗机构全额承担。

#### （四）管理队伍与信息化建设

各地要进一步加强经办机构队伍建设，充实工作人员、保证工作经费，确保工作量增加后能充分满足管理及监督工作的需要。要大力加强新农合管理信息系统建设，积极推进村卫生室信息化建设步伐，实施磁卡管理，乡村两级定点医疗机构在实施门诊补偿时实行微机化操作，相关数据录入新农合管理信息系统，提高门诊补偿效率，强化监管效率和质量。

各统筹地区要根据本指导意见，结合当地实际，制定本地新农合门诊统筹实施方案，认真组织实施，确保新农合制度健康可持续发展。

[www.med126.com](http://www.med126.com)



**主题词：农村卫生 新农合 门诊统筹 指导意见**

---

**抄 送：卫生部，省政府办公厅，各市、州、县合管办**

---

湖北省卫生厅办公室

2009年8月24日印发

共印 10 份