

岳阳市医疗保障局
岳阳市财政局文件
岳阳市卫生健康委员会

岳医保发〔2025〕21号

岳阳市医疗保障局 岳阳市财政局
岳阳市卫生健康委员会 关于印发《岳阳市
基本医疗保险基层门诊统筹综合改革
试点工作实施方案》的通知

各县市区医疗保障局、财政局、卫健局：

现将《岳阳市基本医疗保险基层门诊统筹综合改革试点工作
实施方案》印发给你们，请按照方案要求，认真贯彻执行。

(此页无正文)



岳阳市卫生健康委员会

2025年6月27日

岳阳市基本医疗保险基层门诊统筹综合改革试点工作实施方案

为进一步提高门诊医疗保障水平，深化医保支付方式改革，创新健康增值服务赋能基本医保参保机制和家庭医生签约服务提升行动，引导基层医疗机构完善医疗服务模式，推进家庭医生签约服务，促进分级诊疗，根据《湖南省医疗保障局 湖南省卫生健康委员会 湖南省财政厅关于深化基层门诊统筹综合改革试点的通知》精神，结合我市实际，制定本方案。

一、总体目标

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，以人民健康为中心，以统筹“资金包”“政策包”和“服务包”为抓手，提升门诊医疗保障水平，增强参保人在看病就医的获得感。助推家庭医生签约服务，强化分级诊疗，完善“防、筛、诊、治、管、康”全链条管理服务体系。更好地服务参保群众，更好实现激励约束，更好支持基层医疗卫生机构发展，形成充分释放红利、具有湖南特色的基层门诊统筹综合改革模式。实现群众得实惠，机构得发展，基金得安全。

二、基本原则

基层门诊统筹综合改革试点按照“总额预算、包干支付、结余留用、超支不补”的原则实施。坚持全市统筹，分步推进，先

在门诊付费管理较完善、基金运行良好以及住院率较高的县区开展试点，条件成熟后在全市推行。坚持面向基层，待遇不变，执行基层医疗卫生机构定点，参保人员自由选择定点医疗机构就诊购药，基本医疗保险待遇不变。

三、试点范围和时间

根据县市区自主申报结果，结合基金运行、门诊付费管理及住院率情况，确定汨罗市、屈原区作为我市第一批试点地区，试点时间从2025年7月1日—2026年12月31日。

四、改革措施

在试点地区整合基层医疗卫生机构医保基金和基本公共卫生服务资金形成“资金包”，统筹医保普通门诊统筹政策和基本公共卫生服务政策等形成“政策包”，集成基本公共卫生服务与门诊基本医疗保障服务形成“服务包”（包括基础服务包、增值服务包、个性化服务包，见附件1），依托基层医疗卫生机构，通过家庭医生签约服务形式，开展按人头付费的基层门诊统筹综合改革。

（一）对象范围。基层门诊统筹综合改革覆盖城乡居民基本医疗保险和职工基本医疗保险全体参保人员。基层医疗卫生机构包括符合医保准入条件的定点乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）。参与承担门诊医疗工作的村卫生室（社区卫生服务站），由乡镇卫生院（社区卫生服务中心）统一管理。原则

上达到二级医院医疗水平的基层医疗卫生机构不参与改革。

（二）筹资标准。参保人员同时签订基础服务包和增值服务包，个性化服务包自愿选择签订。基础服务包和增值服务包中的公共卫生服务项目由基本公共卫生服务经费保障，补助标准 60 元/人/年；普通门诊诊疗服务项目由居民医保基金保障，通过普通门诊统筹基金支付。居民普通门诊筹资总额=居民医保参保人数×基础人头费，并控制在当年居民医保基金总额的 10%以内。原则上，2025 年基础人头费不低于 85 元/人/年，具体由试点县级医保部门商卫健部门，根据近 3 年门诊医疗费用水平、诊查费、医保基金支出、门诊人次数、参保人数以及增长预期等情况确定，报市级医保部门备案同意后实施，年末根据改革运行情况动态调整。

（三）待遇标准。1.居民医保。在参保地签约家庭医生的居民，在签约基层医疗卫生机构普通门诊就诊时，基础服务包和增值服务包中的诊疗服务不设起付线，医保政策范围内普通门诊诊疗服务按 70%比例报销，特定政策清单项目内容按 90%比例报销，医保支付限额 420 元/人/年；在签约家庭医生门诊就诊时，不再收取诊查费。个性化服务包由家庭医生签约医疗卫生机构根据本地区医疗服务价格目录，结合本机构实际制定，由签约对象自愿选择，费用由签约对象个人支付。原则上，签约但未参保的居民不享受医保普通门诊待遇，参保但未签约或参保地与签约地不一

致的居民在参保地基层医疗卫生机构按原普通门诊统筹政策实施保障，在参保地签约的居民在非签约定点医疗卫生机构的普通门诊医疗费用由个人自行负担或从家庭成员职工医保个人账户中共济支付。2. 职工医保。在参保地签约的职工叠加享受改革和职工门诊共济保障政策，其在签约基层医疗卫生机构普通门诊就诊时，优先执行改革政策，改革政策限额使用完毕后，再执行职工门诊共济政策；在其他医药机构按职工门诊共济保障政策进行保障。参保但未签约或参保地与签约地不一致的职工不享受改革政策，按职工门诊共济保障政策进行保障。

（四）支付方式。1. 居民医保。未签约的或参保地与签约地不一致的参保居民普通门诊仍实行按项目付费，在参保地签约家庭医生的参保居民普通门诊由按项目付费改为按人头付费（按人头付费预算总额=签约参保居民人数×基础人头费），按月预付、按季度核算、按年结算。每月月初由县级医保部门按预算总额/12×90%付给签约基层医疗卫生机构，剩余费用年底评估后1个月内支付。2. 职工医保。职工医保基层门诊统筹综合改革的基础人头费、待遇水平、支付方式均按照居民医保基层门诊统筹综合改革的标准实施。年终清算时，需按照该签约基层医疗卫生机构签约参保居民人均基金支出，核算签约参保职工人均基金支出，具体公式为 $[(居民医保预算总额+居民医保二次分配金额)/签约参保居民人数] \times 签约参保职工人数 - 职工医保预算总额$ 。

（五）评估清算。县级医保部门会同卫健、财政部门在省基本评估指标体系（见附件2）基础上结合本地实际制定评估办法，建立与评估结果挂钩的年终清算机制。将参保群众普通门诊个人负担比例、基层医疗卫生机构门诊就诊率、有效签约率、特定清单药品配备率等指标纳入评估范围。年底前，县级医保部门会同卫健、财政部门共同组织对签约基层医疗卫生机构改革成效实施评估，按排名设优秀、良好、合格、不合格四个等次。

（六）二次分配。年底评估后一个月內，由县级医保部门会同卫健、财政部门根据评估结果，对签约基层医疗卫生机构按梯度进行二次分配（优秀按100%分配、良好按90%分配、合格按80%分配、不合格不分配）。二次分配资金池=筹资总额-签约参保居民门诊按人头付费支出-未签约参保居民门诊按项目付费支出。超支部分由签约基层医疗卫生机构承担，因不可抗力或政策调整导致的超支部分，由签约基层医疗卫生机构与医保部门协商解决。

（七）签约服务管理。参保人自愿签约，在改革地区选择一家乡镇卫生院（社区卫生服务中心）作为门诊统筹定点医疗卫生机构，登录“湖南省居民健康卡-家医湘约-湖南省家庭医生签约服务信息系统”线上签约或到定点医疗卫生机构现场签约。乡镇卫生院（社区卫生服务中心）管理辖区内的村卫生室（社区卫生服务站）作为其服务窗口纳入门诊签约服务管理。签约周期原

则上从当年1月1日—12月31日，有效期为一年，试点首年从实际付费开始到12月31日为协议周期。签约期满后，如签约患者未提出变更及解约申请，签约有效期视为顺延，参保人在一个签约期内不能变更签约医疗卫生机构。

（八）协议管理。各定点医疗卫生机构要认真落实协议管理各项规定，遵循因病施治、合理检查、合理治疗的基本医疗服务原则，规范诊疗行为，落实基层首诊、规范转诊，主动控制成本和医疗费用不合理增长，不得拒收、推诿病人，不得将无住院指征的病人纳入住院、不得虚假签约、冒名就医、虚列费用，积极参与医保政策宣传和基本医保参保动员，协助做好“一人一档”全民参保信息库建设等工作。

五、实施步骤

（一）前期准备阶段（6月1日—6月30日）。试点县市区统一思想认识，成立领导小组和工作专班，明确改革任务、工作目标和推进路径等，做好上半年已发生费用清算和新老政策衔接。研究制定试点工作方案及结算办法、考核办法等配套文件，确定本地总额预算、定额标准报市医保局备案。

（二）实际付费阶段（7月1日起）。7月1日先行启动汨罗市、屈原区基层门诊统筹综合改革试点工作，同步优化结算政策和考核办法。各级医保部门加强日常管理，强化协议约束，确保工作顺利推进。

（三）总结评估阶段（12月1日—12月31日）。试点县市区定期开展分析评估，按季报送工作情况，年终报送总结报告。市医保局、市卫健委定期进行督导，及时修订完善政策措施，并开展基层门诊统筹综合改革总结评估工作，提炼改革经验，评估情况报省医保局。

六、工作要求

（一）加强组织领导。推进基层门诊统筹综合改革是推进“三医联动、六医协同”集成改革的重要内容，是健全参保长效机制，提升群众参保获得感的重要举措。各县市区有关部门要统一思想认识，严格对标对表，贯彻落实好相关政策，积极稳妥推动门诊统筹综合改革走深走实。

（二）强化部门职责。医保部门牵头组织实施基层门诊统筹综合改革，按时预拨、核算、结算门诊医保基金给签约基层医疗卫生机构，建立健全定期分析通报制度，加强业务指导和基金监管，规范目录药品使用及确定医药服务价格。卫生健康部门负责做好常见病种和常用基本药物品种的统计制定、家庭医生签约服务提升行动和分级诊疗制度的实施，督促定点基层医疗卫生机构按时完成医疗、医保信息化和标准化改造，确保数据上传全面、准确、真实、及时。财政部门负责保障相关资金到位及规范使用，指导做好基金使用评估工作。

（三）强化监督管理。医保、卫生健康部门对门诊统筹综合

改革同部署、同实施、同评估、同监管。规范协议内容，加强协议管理，探索运用大数据分析、场景监控等手段，加强签约履约、医疗行为、药品使用等方面的监管，严厉打击虚假签约、冒名就医、虚列费用等违规行为。发挥社会监督作用，动员社会各界参与监督，有效防控风险。进一步加大监管稽核力度，坚持对欺诈骗保零容忍，对涉及套取医保基金的行为严肃处理。

（四）注重宣传引导。各级医保、卫生健康部门要统一思想认识，加强舆论引导，进一步增强对基层门诊统筹综合改革重要性的认识，树立大局观念和全局意识。同时做好对参保人员门诊统筹综合改革有关政策的宣传和解读，为改革顺利推进营造良好环境。

此方案自印发之日起实施，有效期两年，试点地区与以往规定不符的按此文件执行。

附件：1.基层门诊统筹综合改革服务包（2025版）

2.基层门诊统筹综合改革基本评估指标体系

附件 1

基层门诊统筹综合改革服务包（2025 版）

一、基础服务包

1. 建立电子健康档案，实时动态更新签约居民健康管理和诊疗相关信息。

2. 明确家庭医生和联系人，由家庭医生通过电话、微信、信息平台等方式建立互动联系关系，指导和协助签约居民开展自我健康管理。

3. 提供健康指导服务，普及健康素养基本知识与技能（含减盐减油科普宣教内容），分类分步推动提供基础性、针对性、个性化的全民健康体检服务，指导居民定期体检，及时发现和预防疾病。针对辖区居民主要健康问题，基层医疗卫生机构每月至少举办 1 次健康知识讲座，并提前发布有关信息。

4. 提供预约诊疗服务。基层医疗卫生机构对有就医需求的签约居民提供门急诊预约服务，对急诊患者开辟绿色就医通道，对病情复杂且超出诊疗能力的，帮助预约上级医院转诊服务。

二、增值服务包

（一）公共卫生服务

1. 慢病患者健康管理服务。为辖区高血压、2 型糖尿病、慢

阻肺病、肺结核、严重精神障碍等慢病患者提供 4 次面对面随访服务，包括血压、血糖、身高、体重、心率、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规检查，口腔、视力、听力、运动功能判断，指导规范服药，并综合评估是否存在危急情况，对危急情况者提供转诊服务。

2. 老年人健康管理服务。为辖区 65 岁以上老年人提供 1 次健康管理服务，包括生活方式和健康状况评估、体格检查、血常规、尿常规、肝功能、肾功能、空腹血糖、血脂四项、心电图、腹部 B 超等常规检查，并告知评价结果，进行相应健康指导。提供 1 次中医药健康管理服务，包括中医体质辨识和中医药保健指导等。

3. 0—6 岁儿童健康管理服务。为辖区新生儿提供家庭访视和满月健康管理，重点询问和观察喂养、睡眠、大小便、黄疸、口腔发育等情况；为婴幼儿提供健康管理服务，分别在 3、6、8、12、18、24、30、36 月龄提供 8 次随访服务，在 6—8、18、30 月龄时分别进行 1 次血常规检测服务，在 6、12、24、36 月龄时分别进行 1 次听力筛查；为学龄前儿童提供 1 次健康管理服务，包括体格检查、心理行为发育评估、血常规检测和视力筛查，进行合理膳食、生长发育、疾病预防、口腔保健等健康指导。在 6、12、18、24、30 月龄时，对儿童家长进行儿童中医药健康指导。

4. 0—6 岁儿童预防接种服务。为辖区 0—6 岁儿童建立预防

接种档案，根据国家免疫规划疫苗免疫程序，采取预约、通知单、电话、手机短信、网络、广播通知等适宜方式，通知相关人群按时接种疫苗。发现疑似预防接种异常反应，接种人员应按照《全国疑似预防接种异常反应监测方案》要求进行处理和报告。

5. 孕产妇健康管理服务。为辖区孕产妇提供孕早、中、晚期健康管理服务，建立母子健康手册，进行产前检查和健康状况评估，提供一般体检、妇科检查和血常规、尿常规、血型、肝功能、肾功能、乙型肝炎等常规检测服务；提供产后访视和产后 42 天健康检查服务，评估产妇恢复情况，指导母乳喂养、新生儿护理、产褥期保健、心理保健、预防生殖道感染、产妇和婴幼儿营养等。

（二）普通门诊诊疗服务

1. 挂号（含线上预约）；

2. 建立电子病历，核实就诊者信息，询问病情，听取主诉，病史采集；

3. 一般体格检查，包括体温、脉搏、呼吸、血压、皮肤、头颈、胸部、腹部、四肢、关节等常规检查；

4. 开具检查单，根据病情提供治疗方案；

5. 根据治疗方案提供注射服务；

6. 除特定政策清单项目外的基本医保目录内项目；

7. 特定政策清单项目：

（1）常用药品不低于 20 种。包括但不限于高血压、糖尿病、

慢性呼吸系统疾病、上呼吸道感染、腹泻等常见疾病的常用化学药品。各改革地区根据本地疾病谱、基层合理用药指南等，从国家基本药物、医保目录甲类药品、国家集采药品中遴选并制定常用药品目录，县域内县乡村医疗卫生机构均按要求配备使用。

（2）常规项目 10 项。①尿常规检查；②粪便常规检查；③ABO 红细胞定型；④血细胞分析；⑤葡萄糖测定；⑥糖化血红蛋白测定；⑦血脂两项测定；⑧常规心电图检查；⑨小清创缝合；⑩小换药。

三、个性化服务包

（一）老年人健康包。包括上门巡诊，血常规、尿常规、肝功能、肾功能、血脂、肿瘤五项、血糖检测，心电图检查，眼底镜检查，胸部透视（只曝光，不出片），颈动脉彩超检查，肝、胆、脾、胰腺、双肾彩超检查（女性可增加子宫、附件彩超检查；男性可增加膀胱、前列腺彩超检查），体质辨识与指导、艾灸、拔罐、推拿、刮痧、耳穴埋豆、穴位贴敷等。

（二）儿童健康包。包括皮肤、五官、心肺、腹部、四肢等体格检查，身高、体重、头围、骨密度测定等生长发育评估，微量元素六项、眼视力、IG 蛋白全套、贫血四项检查，中医辨证论治与膳食调理、摩腹、捏脊、穴位按揉等。

（三）孕产妇健康包。包括血压、体重、宫高腹围监测，血型、血常规、凝血五项、尿常规、肝功能、肾功能、胎心监测、

糖耐量、血糖检测，B超、心电图检查，中医辨证论治与膳食调理、针灸、穴位按摩等。

（四）慢病管理包

1. 高血压管理服务包。包括上门巡诊，血常规、尿常规、肝功能、肾功能、血脂、血糖检测，眼底检查，心电图检查，心脏、颈部血管彩超检查，体质辨识与指导、艾灸、拔罐、推拿、刮痧、耳穴埋豆、穴位贴敷等。

2. 糖尿病管理服务包。包括上门巡诊，血糖、血常规、尿常规、肝功能、肾功能、血脂检测，尿蛋白定量、糖化血红蛋白检测，眼底检查，心电图检查，肝、胆、脾、胰腺、双肾彩超检查，双下肢血管彩色多普勒检查，双下肢自主神经功能检查，颈部血管、心脏彩超检查，体质辨识与指导、艾灸、拔罐、推拿、刮痧、耳穴埋豆、穴位贴敷等。

3. 慢阻肺病管理服务包。包括痰培养，血常规检查，肺通气功能检测，胸部透视，心电图检查，脉氧饱和度测定，血气分析，指导呼吸技巧、体位排痰、有氧运动、肌肉力量等呼吸康复训练，氧疗，针灸、推拿、艾灸、食疗等中医肺康复疗法。

4. 肺结核管理服务包。为65岁以上老年人和糖尿病患者，提供1次胸部影像学检查。为辖区内确诊的常住肺结核患者，按照《肺结核患者健康管理服务规范》，提供筛查、推介转诊、入户随访、督导服药、结案评估等健康管理服务。

（五）医疗康复服务包

1. 肿瘤患者康复服务包。包括上门随访，尿常规、肝肾功能检查，心电图、彩超检查，安宁疗护服务等。

2. 脑卒中患者康复服务包。包括上门随访，尿常规、肝肾功能检查，心电图、彩超检查，帮助指导自理能力、运动功能恢复等。

3. 严重精神障碍康复服务包。包括上门随访，体重、血压、尿常规、肝肾功能检测，心电图、B 超检查，指导患者居家康复和应急处置等。

（六）上门服务包。为行动不便、卧床患者提供上门诊疗服务，为年老体弱、行动不便、卧床等有需要的两病、特门、双通道患者提供上门送药、护理、康复等服务。

附件2

基层门诊统筹综合改革基本评估指标体系

序号	考核指标	分值	计算公式	评估标准
1	签约参保人普通门诊个人负担比例	15	签约参保人普通门诊个人负担金额（含个人账户支出）/签约参保人普通门诊总医疗费用	以县域内签约参保人平均个人负担比例为基准值，基准分7分。每低于基准值0.5个百分点，在基准分上加1分（不足0.5个百分点的不计算加分），累计最高不超过15分。每高于基准值0.5个百分点，在基准分上扣1分（不足0.5个百分点的不计算扣分），扣完为止。
2	签约参保人在签约医院门诊就诊率	20	签约参保人年门诊就诊人次/签约参保人人数	以县域内签约参保人平均门诊就诊率为基准值，基准分10分。每高于基准值0.5个百分点，在基准分上加1分（不足0.5个百分点的不计算加分），累计最高不超过20分。每低于基准值0.5个百分点，在基准分上扣1分（不足0.5个百分点的不计算扣分），扣完为止。
3	有效签约率	20	已完成“健康档案”和“一人一档”全民参保数据库建档的签约参保人人数/签约参保人人数	以县域内签约参保人平均有效签约率为基准值，基准分10分。每高于基准值0.1个百分点，在基准分上加1分，累计最高不超过20分。每低于基准值0.1个百分点，在基准分上扣1分，扣完为止。
4	特定清单药品配备率	20	配备特定清单药品品种数量/规定的特定清单药品品种数量	全部配齐得20分，每少1个品种扣1分，扣完为止。

序号	考核指标	分值	计算公式	评估标准
5	村卫生室一体化管理	10	乡镇卫生院对村卫生室实行统一药品配送、统一结算、统一监管、统一资金分配、统一协议签订。	实行统一药品配送、统一监管、统一结算、统一资金分配、统一协议签订各得 2 分，未实行的，每项扣 2 分。
6	实地评估	15	1. 政策知晓率 2. 医疗服务满意度	随访 20 名签约参保人，评估他们对门诊综合改革等医保政策及家庭签约服务政策的知晓情况，知晓率达 90% 以上的得 7.5 分，每低 1 个百分点扣 0.5 分，最多扣 7.5 分。 2、随机抽取参保签约人门诊患者 20 名，开展对医疗卫生机构门诊医疗服务满意度调查，满意度达 90% 以上的得 7.5 分，每低 1 个百分点扣 0.5 分，最多扣 7.5 分。
7	加分项		凡获得国家省市县表彰或示范点、典型案例被上级肯定、承担医保工作任务成绩突出的均可视情况加分。	获国家级表彰或示范点加 5 分、省级加 3 分、市级 2 分、县级 1 分，其他事项经查实每项加 1 分；所在乡镇在参保目标基础上，参保率每提高 0.5 个百分点加 1 分（不足 0.5 个百分点的不计算加分）。最多加 10 分
8	扣分项		凡骗保被查处、推诿或拒收门诊就诊和参保任务未达成均予扣分。	经查实每例扣 1 分，上不封顶。所在乡镇在参保目标基础上，参保率每低 0.5 个百分点扣 1 分（不足 0.5 个百分点的不计算扣分，但未完成参保目标必扣 1 分），最多扣 10 分。
9	否决项		定点医疗卫生机构协议实际履行情况	协议考核等级不合格者，门诊综合改革结果直接不合格。