

汕尾市人民政府办公室文件

汕府办〔2022〕24号

汕尾市人民政府办公室关于印发汕尾市 职工基本医疗保险门诊共济保障 实施细则的通知

各县（市、区）人民政府，市政府各部门、各直属机构：

《汕尾市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。执行过程中遇到的问题，请径向市医疗保障局反映。

汕尾市人民政府办公室

2022年8月5日

汕尾市职工基本医疗保险门诊共济保障 实施细则

第一章 总 则

第一条 为进一步建立健全门诊共济保障机制，提高职工基本医疗保险（以下简称职工医保）参保人员基本医疗保险普通门诊统筹待遇水平，根据《国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》（国办发〔2021〕14号）、《广东省人民政府办公厅关于印发广东省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法的通知》（粤府办〔2021〕56号）等文件精神，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 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。坚持社会共济，充分发挥统筹基金作用，提高基金使用效率。坚持统筹联动，完善门诊保障机制和改进个人账户同步推进。坚持立足基层，发挥门诊共济保障机制作用，推动完善基层医疗卫生服务体系。

第三条 市医疗保障部门负责制定全市门诊共济保障相关政策并组织实施，对定点医药机构进行监督检查，指导各县（市、区）医疗保障部门开展门诊共济保障工作。各级医疗保障经办机构负责门诊共济保障的经办管理服务，并协助市医疗保障行政部门对定点医药机构开展监督检查。

第二章 门诊共济保障待遇

第四条 普通门诊统筹通过统筹基金保障参保人符合规定的普通门诊医疗费用。职工医保普通门诊统筹不设起付标准，基金支付比例及年度支付限额为：

（一）政策范围内的门诊医疗费用，一级及以下医疗卫生机构支付比例为 70%，其他医疗卫生机构支付比例为 60%；年度最高支付限额以一个医保结算年度（每年 1 月 1 日至 12 月 31 日）计，为本市上上年度城镇在岗职工年平均工资的 2%。

（二）家庭医生签约服务费采取按人头定额包干方式在限额内支付。

（三）年度内变更险种，按普通门诊费用发生时当月险种享受待遇。险种变更前已支付基金在年度限额内予以抵扣，累计超过险种年度限额不再享受待遇。

第五条 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。

第六条 不纳入普通门诊统筹基金支付的医疗费用：

（一）不符合广东省基本医疗保险药品目录（含国家谈判药品）、医用耗材目录和诊疗项目目录支付的费用；

（二）应当从工伤保险基金中支付的医疗费用；

（三）应当由第三人负担的医疗费用；

（四）应当由公共卫生负担的医疗费用。

第七条 通过改革职工医保个人账户增加的职工医保统筹

基金，主要用于提高职工医保门诊共济保障待遇。不断健全门诊共济保障机制，增强职工医保统筹基金对普通门诊统筹和门诊特定病种的保障能力，逐步由病种保障向费用保障过渡。门诊特定病种具体范围、待遇标准、管理服务按省有关规定执行。

第三章 费用结算

第八条 参保人所发生的普通门诊医疗费用，属于个人支付部分的，由参保人与定点医疗机构直接结算；属于统筹基金支付部分的，由定点医疗卫生机构先予记账，每月汇总后向医疗保障经办机构申报结算。医疗保障经办机构按医疗服务项目结算，参保人门诊统筹的医疗费用统筹基金支付部分由医保经办机构与定点医疗卫生机构结算。

第九条 职工医保普通门诊定点医疗卫生机构应当建立门诊统筹基金台账，实行信息化管理。于每月7日前将上月办理职工医保普通门诊结算病人的结算单和费用统计报表等资料汇总后报医疗保障经办机构审核。医疗保障经办机构每月15日前将上月参保人在定点医疗卫生机构实际发生普通门诊费用支付给定点医疗卫生机构。

第四章 个人账户

第十条 在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费

计入，月计入标准为本人参保缴费月基数的 2%，用人单位缴纳的基本医疗保险费全部划入统筹基金。退休人员个人账户由职工医保统筹基金按定额划入，月划入额度为本市 2021 年基本养老金月平均金额的 2.8%。灵活就业人员参加统账结合职工医保的，个人账户计入标准参照执行。单建统筹职工医保个人账户具体办法按省相关规定另行制定。

第十一条 医疗保障部门负责个人账户开设、管理工作。个人账户按月计入，计入资金起止时间原则上和基本医疗保险待遇享受时间一致。

第十二条 个人账户可用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女以下费用：

（一）在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用。

（二）在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。

（三）配偶、父母、子女参加居民医保等的个人缴费。

（四）参保人员本人退休时未达到职工医保最低缴费年限的缴费费用。

（五）在定点医疗机构发生的由个人负担的符合规定的中医“治未病”费用。

（六）其他符合国家、省规定的费用。

第十三条 个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

第十四条 当参保人员出现以下各种特殊情况时，各县（市、

区)医疗保障经办机构应及时办理相关业务,由市医疗保障经办机构处理个人账户资金。

(一)参保人员省内跨市转移职工医保关系的,个人账户资金跨市使用,不划转、不提现。参保人员跨省转移职工医保关系的,个人账户资金原则上随其划转,特殊情况无法转移时可以划入本人银行账户。

(二)跨省异地安置退休人员经本人申请,可将个人账户资金划入本人银行账户。

(三)参保人员在参保期间应征入伍,经本人申请,个人账户资金可划入本人银行账户。

(四)参保人员死亡后,经申请,其个人账户资金可一次性划入本人银行账户,或者按规定继承。

(五)参保人员出境(包括港澳台地区)定居的,经本人申请,其个人账户资金可划入本人银行账户。

第五章 管理服务

第十五条 市医疗保障经办机构要完善普通门诊统筹协议管理,细化协议内容,将政策要求、管理措施、服务质量、考核办法、奖惩机制等落实到协议中,通过协议强化门诊医疗服务监管。

第十六条 参保人可选定1至2家定点医疗卫生机构就诊,一般一年一定。参保人确因居住地迁移等情形需要变更选定医疗卫生机构的,可向当地医疗保障经办机构或指定定点医疗卫生机

构申请办理变更手续。除急救和抢救需要外，参保人未经转诊到非选定医疗卫生机构门诊就医，统筹基金不予支付。

第十七条 完善与门诊共济保障相适应的付费机制，普通门诊统筹实行按项目付费。探索实行总额预算管理下的按人头付费，具体结算办法由市医疗保障行政部门制定。

第十八条 参保人员可凭医保电子凭证、社会保障卡或居民身份证，在定点医药机构就医购药。积极开展“互联网+”医保服务，通过互联网、国家医保 APP、医保公众号、粤省事等渠道为参保人提供线上便捷服务。

第十九条 严格执行医保基金预算管理制度，加强基金稽核制度和内控制度建设，强化基金风险防控。建立对个人账户全流程动态管理机制，做好收支信息登记，加强对个人账户使用、结算等环节的审核。

第二十条 建立和完善医保智能监控系统，加强对医保门诊医疗服务和个人账户使用的监管。定点医药机构应当严格执行医保支付政策，不得骗取医疗保障基金，不得从个人账户套取现金。

第六章 附 则

第二十一条 市医疗保障行政部门根据国家及省部署、医保基金支付能力、医学技术发展等情况，对门诊共济保障相关政策适时进行调整。

第二十二条 本实施细则由市医疗保障局负责解释，本办法

自 2022 年 10 月 1 日起施行，有效期 3 年。此前规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。本实施细则有效期内如遇法律、法规或有关政策调整变化的，从其规定。

公开方式：主动公开

抄送：市委各部委办，市人大办，市政协办，市纪委办，汕尾军分区，市中级人民法院，市检察院，各民主党派，驻汕尾有关单位。

汕尾市人民政府办公室

2022 年 8 月 5 日印发
