

附件

# 汕头市基本医疗保险门诊共济保障办法

(征求意见稿)

## 第一章 总则

**第一条** 为进一步深化医疗保障制度改革，建立健全我市基本医疗保险（以下简称基本医保）门诊共济保障机制，切实减轻基本医保参保人门诊医疗费用负担，综合推进职工医保个人账户改革，调整职工医保统筹基金和个人账户结构，根据国家和省文件精神，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 坚持基本保障，公平享有。坚持社会共济，发挥统筹作用，提高基金使用效率。坚持统筹联动，同步调整完善职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹，并将完善职工医保门诊保障机制与改革个人账户同步推进、逐步转换。坚持平稳过渡，保持政策连续性，确保改革前后待遇顺畅衔接，确保既尽力而为、又量力而行，人人尽责、人人享有，逐步减轻参保人员医疗费用负担，实现制度更加公平更可持续。

**第三条** 本市基本医疗保险参保人（以下简称参保人）门诊共济管理有关规定适应本办法。

本办法所称本市基本医疗保险参保人包括参加本市城乡居民基本医疗保险、职工基本医疗保险（含职工医保综合医疗保险及职工医保住院医疗保险）的参保人。

**第四条** 市医疗保障行政部门负责制定我市门诊共济保障相关政策，统筹协调全市有关工作开展，对定点医药机构进行监督检查。市医疗保障经办机构负责门诊共济保障的经办管理服务，具体负责基本医疗保险统筹基金管理、待遇核发、个人账户拨付等工作，并协助医疗保障行政部门对定点医药机构开展监督检查。

## **第二章 门诊保障待遇**

**第五条** 本市通过普通门诊统筹、门诊特定病种等门诊待遇政策保障参保人门诊待遇。

**第六条** 普通门诊统筹待遇是指参保人符合规定的普通门诊医疗费用由统筹基金按规定支付的门诊待遇。

**第七条** 普通门诊统筹支付比例：参保人在本市一级及以下定点医疗机构就诊，统筹基金的支付比例为 70%，二级及以上定点医疗机构支付比例，在职职工医保参保人（以下简称在职职工）及城乡居民医保参保人（以下简称城乡居民）为 60%，退休职工医保参保人（以下简称退休人员）为 70%。

### **第八条 普通门诊统筹支付限额**

在职职工医保参保人普通门诊统筹年度支付限额为本市上上年度城镇在岗职工年平均工资的 2%，退休人员待遇适度倾斜，年度支付限额提高 20 个百分点。城乡居民普通门诊统筹年度支付限额为本市上上年度城乡居民年可支配收入的 1.5%。2022 年度，我市参保人普通门诊统筹年度支付限额分别为：在职职工 1688 元，退休人员 2025 元，城乡居民 423 元。此后年

度普通门诊统筹支付限额，由市医疗保障行政部门按年度调整并公布。

统筹基金每月支付在职职工及退休人员普通门诊统筹待遇不超过 300 元，支付城乡居民不超过 100 元。

普通门诊统筹年度支付限额限本人使用，不结转。参保人年度内转换参保险种的，按限额高的险种确定普通门诊统筹基金年度支付限额，一个年度内普通门诊统筹待遇的基金支出累计计算。

统筹基金支付普通门诊统筹待遇，不纳入统筹基金年度最高支付限额计算。

**第九条** 门诊特定病种待遇是指参保人已办妥门诊特定病种备案手续并依照规定就诊发生的基本医疗费用，按门诊特定病种管理纳入保障范围，由医保基金按规定支付的门诊待遇。

**第十条** 门诊特定病种范围：本市门诊特定病种包括全省统一的门诊特定病种范围和本市已开展但不在省病种范围内的病种。

**第十一条** 门诊特定病种限额：本市门诊特定病种分为 I 类和 II 类病种，设置支付限额的 I 类病种限额按月支付，不累计不结转；II 类病种限额按月支付，当月未用完的限额在本年度有效期内可结转使用，但不跨年度结转。

统筹基金支付门诊特定病种待遇纳入统筹基金年度最高支付限额计算。

**第十二条** 本市门诊特定病种待遇其他规定仍按市有关规定执行。

**第十三条** 办妥异地就医备案手续且在备案有效期内的参保人，在备案就医地按规定就诊发生的普通门诊医疗费用，统筹基金按以下规定的比例支付，支付限额不变：

（一）办理常住异地备案手续的参保人，在备案就医地定点医疗机构门诊发生的符合规定的医疗费用，按参保人在本地就医的标准支付。

（二）办理转诊异地就医备案手续的参保人，在转诊异地备案有效期内，在所转诊就医的定点医疗机构门诊发生的符合规定的医疗费用，按参保人在本市就医报销比例的 80% 支付。

（三）参保人其他情形的异地门诊医疗费用，统筹基金不予支付。

#### **第十四条 不纳入门诊保障支付的医疗费用**

（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）应从工伤保险基金中支付的；

（三）应由第三人负担的；

（四）应由公共卫生负担的；

（五）在境外就医的；

（六）体育健身、养生保健消费、健康体检；

（七）其他有关规定不予支付的。

### **第三章 个人账户**

**第十五条** 医疗保障经办机构按规定为本市职工医保综合医疗保险参保人开设个人账户，按规定划入资金并对使用情况

进行管理。

**第十六条** 在职职工个人账户月计入标准为本人参保缴费月工资基数的 2%。可享受本市综合医疗保险待遇的退休人员个人账户按定额划入并固化，划入金额为每人每月 118 元。

本办法实施前已享受本市综合医疗保险待遇的退休人员，从本办法实施之日起，个人账户划入金额按上款规定作相应调整。

**第十七条** 个人账户可用于支付参保人本人及其配偶、父母、子女（以下简称家庭成员）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）家庭成员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。

**第十八条** 参保人转移职工医保关系、异地安置、应征入伍、出境定居、死亡的，市医疗保障经办机构按国家和省规定及时处理个人账户资金。

## 第四章 就医管理规定

**第十九条** 参保人应当按照规定在选定定点医疗机构进行普通门诊就医。

参保人应当在本市定点医疗机构中，选择3家作为其普通门诊定点医疗机构，其中应有1家为基层医疗机构（即一级及以下）。参保人办妥常住异地就医备案手续的，可在就医地选定2家普通门诊定点医疗机构。

已办妥异地就医备案手续的参保人，在参保地发生普通门诊医疗费用的，按本地就医管理规定执行。

**第二十条** 普通门诊定点医疗机构一经确定，在一个年度内原则上不予变更。但参保人确因病情需要、在年度内发生户口迁移、居住地变化、变动工作单位或因定点医疗机构资格变化等情形，可凭相关证明材料到医疗保险经办机构办理变更手续。除急救和抢救需要外，参保人未经转诊到非选定医疗机构门诊就医，统筹基金不予支付。

为方便操作，本办法实施之日起参保人首次门诊就医的医疗机构，系统默认为其选定的普通门诊定点医疗机构。

**第二十一条** 参保人按规定就医发生的普通门诊基本医疗费用，属于个人支付部分，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，由定点医疗机构先予以记账，每月汇总后向医疗保险经办机构申报结算。

参保人发生普通门诊就医时未在定点医疗机构记账的，医疗保险经办机构不再补发相关待遇。

**第二十二条** 门诊特定病种就诊医院选定等就医管理服务仍按我市有关规定执行。

## 第五章 经办管理

**第二十三条** 医疗保障经办机构应完善普通门诊、门诊特定病种经办管理流程，完善协议管理，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，通过协议强化对定点医药机构门诊医疗服务监管。

**第二十四条** 参保人就医购药时，应出具本人医保电子凭证、社会保障卡或居民身份证。定点医药机构应核对其身份，确保人证相符。积极开展“互联网+”医保服务，通过互联网、国家医保 APP、粤省事等渠道为参保人提供线上便捷服务。

**第二十五条** 持续加快医疗保障信息平台建设，推进门诊费用异地就医直接结算。

**第二十六条** 定点医药机构应当遵守基本医疗保险和医疗卫生各项法律法规及政策规定，并按照定点协议管理要求，自觉规范门诊医疗服务行为，引导参保人员合理就医。

**第二十七条** 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。市医疗保障经办机构要建立对个人账户管理机制，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。

**第二十八条** 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，不得扩大支付范围，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

**第二十九条** 市医疗保障部门按照国家部署及省要求，结合本市基本医保基金承受能力，对门诊共济相关政策进行适时调整提高门诊共济保障水平。

门诊共济政策、职工医保个人账户设定及管理等国家 and 省有政策调整的，从其规定。

**第三十条** 本办法自 2022 年 7 月 1 日起实施，有效期 3 年。我市此前规定与本办法不一致的，以本办法为准。

本办法实施之日起至 2022 年 12 月 31 日止，我市参保人享受的 2022 年度普通门诊统筹待遇按半个年度限额计算。