

# 云浮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《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）有关规定，结合本市实际，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** 本细则适用于我市职工医保参保人员。

**第四条** 达到法定退休年龄且缴满年限的职工参保人应按规定及时办理医保在职转退休手续，办理医保退休手续后次月起，参保人可享受退休人员待遇。

## 第二章 门诊共济保障待遇

**第五条** 普通门诊统筹通过统筹基金保障参保人员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，

在职职工发生的政策范围内医疗费用，一级及以下定点医疗机构支付比例为**60%**，二级定点医疗机构为**55%**，三级定点医疗机构为**50%**；退休人员发生的政策范围内医疗费用支付比例比在职职工提高**10**个百分点。

**第六条** 职工医保普通门诊统筹年度最高支付限额为本市上上年度城镇在岗职工年平均工资的**2%**。年度最高支付限额实行当年有效，不滚存，不累计，不转让。

**第七条** 普通门诊统筹按照国家、省和我市关于基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医用耗材支付范围支付。

**第八条** 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、管理服务按照省、市基本医疗保险门诊特定病种管理有关规定执行。

### 第三章 个人账户

**第九条** 职工医保个人账户计入方法：

（一）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。

（二）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 2021 年我市基本养老金月平均金额的 2.8%，即 105.55 元/月。退休人员从缴满规定年限后的次月起变更个人账户划入额度。

参保人达到法定退休年龄时，其职工医保缴费年限未达到我市规定年限的，可按规定选择按月或一次性缴费至规定年限。缴费达到规定年限后，可按规定计发个人账户。其中，选择按月缴费的人员，其按月缴费期间，不计发个人账户。

（三）我市灵活就业人员参加统账结合职工医保，由个人按规定缴费，其缴费费率与在职职工一致，即用人单位费率为 6%，个人费率为 2%。其个人账户计入标准参照本条（一）、（二）款执行。

**第十条** 医保经办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。

**第十一条** 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。

**第十二条** 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。

**第十三条** 当参保人员出现以下各种特殊情况时，医疗保障经办机构应及时处理个人账户资金。

（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。

## 第四章 服务与管理

**第十四条** 市医疗保障部门负责门诊共济保障政策的组织实施，对定点医药机构进行监督检查，并指导各县（市、区）医

疗保障部门开展门诊共济保障工作。

**第十五条** 市医疗保障经办机构负责建立统一规范的门诊统筹经办流程。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，并协助医疗保障部门对定点医药机构开展监督检查。

**第十六条** 门诊统筹实行定点医药机构服务协议管理，严格执行《广东省医疗保障局关于印发广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法的通知》（粤医保规〔2021〕1号）及云浮市相关医保政策规定。

**第十七条** 参保人员选定1家定点医疗机构就诊，一般一年一定，可在定点医疗机构或医保经办机构办理备案手续。参保人员确因居住地迁移等情形需要变更选定医疗机构的，可向当地医疗保障经办机构或指定定点医疗机构申请办理变更手续。除急救和抢救需要外，参保人员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。

**第十八条** 下列医疗费用不纳入门诊共济统筹基金支付范围：

- （一）参保人患病住院期间，到门诊就医产生的门诊医疗费用。
- （二）参保人门诊治疗特定病种产生的医疗费用。
- （三）除急救和抢救需要外，在非选定的定点医疗机构门诊就医产生的门诊医疗费用。
- （四）按有关法律、法规规定不予支付的其他情形。

**第十九条** 参保人在同时享受普通门诊和门诊特定病种待遇时，应分别开具单独的普通门诊和门诊特定病种处方，定点医药机构应分别予以结算。

**第二十条** 完善与门诊共济保障相适应的付费机制，普通门诊统筹原则上实行总额预算管理下的按人头付费，市内定点医疗机构实行按“定额包干、年度清算、超支不补”的方式进行结算。

(一) 定额包干。付费标准按照参保人年度最高支付限额的**30%**确定。医保经办机构按当月定点人数将包干费用按月预拨付给医疗机构。符合规定的转诊医疗费用和院外购药费用(“双通道”管理药品)，纳入普通门诊统筹支付范围，并纳入定点医疗机构人头支付标准中。参保人发生的零星报销统筹基金费用在支付给医疗机构的“定额包干”费用中扣回。

(二) 年度清算。

医疗机构全年定额包干费用使用率**<30%**的，结余额全部由基本医疗保险统筹基金留用。

医疗机构全年定额包干费用使用率**≥30%<70%**的，结余额中的**30%**定点医疗机构留用、**70%**基本医疗保险统筹基金留用。

医疗机构全年定额包干费用使用率**≥70%<80%**的，结余额中的**70%**定点医疗机构留用、**30%**基本医疗保险统筹基金留用。

医疗机构全年定额包干费用使用率**≥80%**的，结余额全部由定点医疗机构留用。

医疗机构全年定额包干费用使用率**>100%**的，超出部分由定点医疗机构承担，统筹基金不予支付。

医疗机构联网直接结算率低于**90%**的，每低一个百分点，结余额的返回百分比降低一个百分点(不足一个百分点按照一个百

分点计算)。

**第二十一条** 门诊共济实行联网直接结算，未能在就医时联网直接结算的，应在门诊治疗后次年3月31日前持社会保障卡或居民身份证、医院收费票据、费用明细清单等有关资料，到参保地医保经办机构办理报销手续，逾期不予受理。

**第二十二条** 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。

## 第五章 监督与法律责任

**第二十三条** 建立个人账户全流程动态管理机制，严格执行基金收、支、余预算管理。建立健全基金稽核制度，对参保缴费、待遇审核、基金使用、费用结算等环节进行稽核，确保基金稳定运行。建立健全基金经办内控制度，完善经办和稽核、会计和出纳、业务和财务、信息和业务等不相容岗位相互制约机制，完善待遇支付和基金结算初审、复审、稽核三级审核机制，防范化解内部监管风险。

**第二十四条** 建立医保基金安全防控机制。

(一) 充分运用智能监控系统、实地稽核、引入第三方监管力量等办法，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。

（二）压实医药机构主体责任、卫生健康部门行业主管责任、医疗保障部门监管责任、各级政府属地责任，落实卫生健康、公安、市场监管、审计等有关部门协同监管责任，严肃查处定点医药机构、参保人员、医保经办机构违法违规行为。

## 第六章 附 则

**第二十五条** 市医疗保障部门根据国家部署、省医疗保障部门的政策调整以及医保基金支付能力、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。

**第二十六条** 本细则自 2022 年 9 月 1 日起施行，有效期至 2025 年 12 月 31 日。此前规定与本细则不一致的，以本细则为准。