广东省人民政府办公厅文件

粤府办〔2021〕56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

各地级以上市人民政府，省政府各部门、各直属机构：

经省人民政府同意，现将《广东省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法》印发给你们，请结合实际认真贯彻执行。执行中遇到的问题，请径向省医疗保障局反映。

广东省人民政府办公厅

2021年12月31日

广东省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法

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《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《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）和《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）等文件精神，结合我省实际，制定本办法。

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　省医疗保障部门负责制定全省门诊共济保障相关政策，并指导各市医疗保障部门开展门诊共济保障工作。各地级以

上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。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工作，并协助医疗保障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，一级及以下医疗卫生机构支付比例不低于60%，二级医疗卫生机构不低于55%，三级医疗卫生机构不低于50%，退休人员支付比例适当提高；年度最高支付限额不低于各地级以上市上上年度城镇在岗职工年平均工资的2%。各地级以上市要结合本地区实际情况科学测算并合理确定职工医保普通门诊统筹具体的政策范围内支付比例和最高支付限额。同步完善城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹待遇，逐步提高保障水平。

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　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、管理服务由省另行制定。

第三章　个人账户

第七条　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2021年各地市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另行制定。

第八条　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。

第九条　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。

第十一条 当参保人员出现以下各种特殊情况时，各地级以上市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 管理服务

第十二条 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。

第十三条 参保人员原则上选定1家定点医疗卫生机构就诊，一般一年一定。参保人员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。

第十四条 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。符合规定的转诊医疗费用和院外购药费用，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或总额付费标准中。对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。

第十五条 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。

第十六条 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。

第十七条 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。

第五章　附　则

第十八条　省医疗保障部门根据国家部署、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。

第十九条　各地级以上市要根据本实施办法要求进一步完善政策、加强管理，同步调整普通门诊统筹和个人账户政策，妥善处理好改革前后的政策衔接，在2022年7月1日前出台实施细则并执行。各地级以上市出台和调整的相关政策须报省医疗保障部门备案。

第二十条　本办法自印发之日起施行，有效期3年。此前规定与本办法不一致的，以本办法为准。

公开方式：主动公开

抄送：省委有关部委办，省人大常委会办公厅，省政协办公厅，省纪委办公厅，南部战区、南部战区海军、南部战区空军、省军区，省法院，省检察院，中直驻粤有关单位。

广东省人民政府办公厅秘书处　　2021年12月31日印发