

梅州市人民政府办公室文件

梅市府办〔2022〕13号

梅州市人民政府办公室关于印发梅州市 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（管委会），市府直属和中央、省属驻梅各单位：

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

梅州市人民政府办公室

2022年10月10日

梅州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 为进一步建立健全我市门诊共济保障机制，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）和《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 本实施细则适用于参加我市职工医保并按规定缴纳基本医疗保险费的参保人员。

第三条 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。

第四条 市医疗保障部门负责制定全市门诊共济保障机制相关政策和组织实施，并指导各县（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%，二级定点医疗机构支付比例为 55%，三级定点医疗机构支付比例为 50%，退休人员支付比例相应提高 5 个百分点。

第六条 参保人员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%。门诊统筹报销限额为基金实际支付额，在年度最高支付限额的基础上设定季度限额，年(季)度支付限额实行当期有效，不滚存，不累计。门诊统筹基金支付限额计入职工基本医疗保险基金支付年度限额。

第七条 在职职工参保人员退休的，应按规定及时办理参保人员身份转换手续，符合条件的，从次月起享受退休人员门诊统筹待遇。

第八条 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。

第九条 通过改革职工医保个人账户增加职工医保统筹基金，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，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、管理服务按照基本医疗保险门诊特定病种管理的有关规定执行。

第十条 符合本市异地就医备案条件的参保人员且已办理门诊选点备案手续的，其在选点备案的定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用可纳入医保基金支付范围，医保待遇标准按照本市相关规定执行。

第十一条 将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入门诊保障范围，支持外配处方在定点零售药店结算和配药，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用。

第三章 个人账户

第十二条 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标准划入，月划入标准为 2021 年全市基本养老金月平均金额的 2.8%。灵活就业人员个人账户计入标准参照执行。

第十三条 在职职工参保人员退休已办理身份转换手续，符合条件的，从次月起变更个人账户计入标准。

第十四条 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。计入资金起止时间和基本医疗保险待遇享受时间一致。

第十五条 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、子女参加城乡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。

第十六条 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。

第十七条 当参保人员出现以下各种特殊情况时，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

第十八条 参保人员原则上选定1家定点医疗机构就诊，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，可向参保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，参保人员到非选定医疗机构门诊就医，统筹基金不予支付。

第十九条 完善普通门诊统筹相适应的付费机制，普通门诊统筹原则上实行总额预算管理下的按人头付费。具体付费方式由市医疗保障部门另行制订。

第二十条 参保人员在定点医药机构发生的普通门诊统筹医疗费用，应由个人负担的部分，由个人直接与定点医药机构结算；应由医保统筹基金负担的部分，由定点医药机构向医疗保障经办机构申报结算。

第二十一条 已办理基本医疗保险异地就医住院医疗费用直接结算备案人员同步开通门诊医疗费用直接结算服务。参保人员在已开通异地门诊直接结算的定点医疗机构就医，符合普通门诊统筹的医疗费用，可实行直接结算。因客观原因未能直接结算的，符合规定的医疗费用，可由参保人员垫付后，持相关资料向医疗保障经办机构办理手工医疗费用报销。

第二十二条 定点医疗机构为参保人员提供门诊诊疗服务时，参保人员同时享受普通门诊和门诊特定病种待遇的，接诊医师应当分别开具单独的普通门诊和门诊特定病种处方，定点医疗机构应当分别予以结算。

第二十三条 普通门诊统筹实行定点医药机构服务协议管理，纳入基本医疗保险定点医药机构医疗服务协议，定点医药机构应严格执行国家、省、市医保政策相关规定，要因病施治，严格掌握适应症，做到合理诊疗、合理收费。

第二十四条 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员提供线上便捷服务。

第二十五条 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。

第二十六条 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。各级医疗保障部门应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，强化对医疗行为和医疗费用的监管，严厉打击各类欺诈骗保行为，确保基金安全高效、合理使用。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

第二十七条 市医疗保障部门根据国家、省政策调整和我市医保基金支付能力等情况，适时对门诊共济保障相关政策进行调整。

第二十八条 本实施细则自 2022 年 11 月 1 日施行，有效期 3 年。本市此前规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。

公开方式：主动公开

抄送：市委各单位，市人大常委会办公室，市政协办公室，
市纪委办公室，梅州军分区，市法院，市检察院。

梅州市人民政府办公室秘书科

2022 年 10 月 11 日印发
