

佛山市人民政府办公室文件

佛府办〔2022〕15号

佛山市人民政府办公室关于印发佛山市职工 基本医疗保险门诊共济保障 实施细则的通知

各区人民政府，市政府各部门、直属各机构：

《佛山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。执行中遇到问题，请径向市医保局反映。

佛山市人民政府办公室

2022年9月29日

佛山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《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。坚持因地制宜，结合本市医疗资源配置和医疗保障政策情况，健全保障政策。

第三条 本市职工医保参保人员及提供门诊医药服务的医药机构适用本实施细则。

第四条 医疗保障部门负责组织实施本市门诊共济保障相关政策，对定点医药机构进行监督检查。

医疗保障经办机构负责制定具体经办操作指引，做好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。

卫生健康部门负责对定点医疗卫生机构进行管理和监督，规范医疗行为，加强医疗服务，建立转诊制度，加快社区卫生服务机构建设。对医疗机构急救和抢救等诊疗行为进行规范管理，负责提供基层医疗卫生机构名单和家庭医生签约数据。

第二章 待遇保障

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，不设起付标准。设定职工医保普通门诊统筹基金年度最高支付限额，不计入职工医保统筹基金年度累计最高支付限额。

（一）参保人员在选定的医疗卫生机构就医发生的政策范围内医疗费用，统筹基金支付比例为一级医疗卫生机构、一级以下非营利性医疗卫生机构 90%，二级医疗卫生机构 70%，三级医疗卫生机构 50%，其他一级以下医疗卫生机构 60%。

（二）参保人员经选定的医疗卫生机构转诊，30 日内到非选定医疗卫生机构发生的政策范围内医疗费用，统筹基金按转入就医的医疗卫生机构对应级别的支付比例进行支付。

（三）在职职工医保普通门诊统筹基金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 2.5%。

（四）在职职工年度中途参保的，执行当年度在职职工医保普通门诊统筹基金最高支付限额。

（五）年度参保险种由居民医保转换为职工医保的在职职工，按照在职职工医保普通门诊统筹基金年度最高支付限额扣除

年度内已享受统筹基金支付金额执行。

(六)退休人员年度最高支付限额在在职职工的基础上提高10%。

(七)年度中途转换为职工医保退休人员身份的参保人员,按照退休人员医保普通门诊统筹基金年度最高支付限额扣除年度内已享受统筹基金支付金额执行。

(八)对只选定1家基层医疗卫生机构作为门诊定点医疗卫生机构并与其签订家庭医生服务协议的人员,年度最高支付限额在前述标准的基础上提高10%。

(九)市医疗保障部门可结合本市经济社会发展水平及医保基金运行情况对普通门诊统筹基金年度最高支付限额适时调整,经市人民政府同意后公布。

第六条 参保人员因急救和抢救发生的政策范围内门诊医疗费用,统筹基金按急救和抢救所在医疗卫生机构对应级别的支付比例进行支付,统筹基金支付费用不计入普通门诊统筹基金年度最高支付限额,直接计入职工医保统筹基金年度累计最高支付限额。

第七条 异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作,因急救和抢救需要临时异地就医的参保人员,按照医疗保障经办机构规定办理异地就医备案手续后,在备案地及参保地可同时享受待遇,在备案地医疗卫生机构发生的政策范围内医疗费用,统筹基金按照参保地同类待遇支付比例支付,参保地和备案地同类

别待遇的累计最高支付限额合并计算。

第八条 普通门诊统筹执行《广东省基本医疗保险药品目录》《广东省基本医疗保险诊疗项目目录》《广东省基本医疗保险医用耗材目录》及国家、省和市规定的相关支付标准。

(一) 医保药品目录中，甲类药品不设个人先行自付比例，乙类药品个人先行自付比例为 5%。

(二) 诊疗项目目录中，需要个人先行自付的诊疗项目，按 10% 个人先行自付比例执行，其他诊疗项目不设个人先行自付比例。

(三) 医用耗材目录中，透析治疗材料单价 500 元及以下的不设个人先行自付比例，其他医用耗材按 10% 个人先行自付比例执行。

(四) 异地普通门诊的支付范围按国家、省有关规定执行。

第九条 国家医保谈判药品单独支付政策按省有关规定执行。

第十条 门诊特定病种具体范围、待遇标准、管理服务等按照本市基本医疗保险门诊特定病种管理有关规定执行。

第十一条 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。

第三章 个人账户

第十二条 在职职工个人缴纳的基本医疗保险费全部计入个人账户，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 年本市基本养老金月平均金额的 2.8%。

灵活就业人员参加职工医保，符合享受个人账户待遇条件的，个人账户参照在职职工个人账户计入标准执行。

符合享受个人账户待遇并补缴职工医保费的参保人员，按照补缴时段对应的个人账户计入标准执行。

第十三条 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。

第十四条 个人账户可用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女下列费用：

（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。

第十五条 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。

第十六条 有下列情形之一的，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。

第十七条 个人账户划拨出现异常的，由医疗保障经办机构负责纠正。涉及需要追回资金的，相关金融机构及参保人员应予配合；拒不配合的，相关部门可以依法依规进行处理。

第四章 管理服务

第十八条 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。

第十九条

（一）参保人员享受普通门诊统筹待遇，原则上在全市范围内选定的定点医疗卫生机构就医，选定有关手续按照医疗保障经办机构的指引办理。参保人员选定的定点医疗卫生机构数量不超过3家，其中至少1家为基层医疗卫生机构。

（二）异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作的参保人员，可在备案地及参保地共选定不超过3家定点医疗卫生机构就医，其中至少1家为基层医疗卫生机构，原则上备案地选定医疗卫生机构为已实现基本医保异地联网直接结算的定点医疗卫生机构，报医疗保障经办机构备案核准后生效。

（三）确有需要的参保人员，自然年度内可变更选定的定点医疗卫生机构，变更数量不超过3家，保持至少1家为基层医疗卫生机构。

（四）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，探索按总额付费、按项目付费等方式付费。

（一）符合规定的普通门诊转诊医疗费用，计入办理转诊的选定医疗卫生机构普通门诊总额。

（二）对不宜打包付费的门诊急救和抢救费用可按项目付

费。

（三）支持家庭医生签约服务，医保支付按人头打包付费，结余留用。

（四）异地门诊医疗费用的医保支付方式按照国家、省有关文件规定执行。

（五）医保基金与医疗卫生机构的结算办法由医疗保障行政部门制定。

第二十一条 参保人员在医疗卫生机构发生的门诊医疗费用原则上应直接结算。属于统筹基金支付的，由医疗保障经办机构按照有关结算管理办法规定与相关医疗卫生机构结算；属于个人负担的，由定点医疗卫生机构与参保人员结算。

在市内医疗卫生机构未能直接结算的，由医疗卫生机构先挂账，待处理后直接结算。因急救和抢救在市内医疗卫生机构未能直接结算的，可由个人垫付后按照医疗保障经办机构的规定申请零星报销。

在市外医疗卫生机构未能直接结算且未能办理补记账手续的，由个人垫付后按照医疗保障经办机构的规定申请零星报销。

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。支持开展“互联网+”医保服务，通过国家医保服务平台 APP、医保公众号、“粤省事”“粤医保”等渠道为参保人员提供线上便捷服务。

第二十三条 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。

第二十四条 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。定点医药机构和参保人员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

第二十五条 本细则自 2022 年 11 月 1 日起施行，有效期至 2025 年 12 月 31 日。此前规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。国家和省有新规定，从其规定。本实施细则未明确的内容，按国家、省的规定执行。

第二十六条 2022 年职工医保普通门诊统筹基金年度最高支付限额，按本实施细则施行之日起至 2022 年 12 月 31 日的剩余月份折算执行。

第二十七条 本实施细则由市医保局负责解释。

抄送：市委各部委办，市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，市检察院，中直、省属驻佛山单位，驻佛山部队，市各人民团体，市各民主党派。

佛山市人民政府办公室文电科

2022 年 9 月 30 日印发
