

潮州市人民政府办公室文件

潮府办规〔2022〕1号

潮州市人民政府办公室关于印发潮州市 职工基本医疗保险门诊共济保障 实施细则的通知

各县、区人民政府（管委会），市府直属各单位，市各开发区、潮州新区管委会：

经市人民政府同意，现将《潮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，请结合实际认真贯彻执行。执行中遇到的问题，请径向市医疗保障局反映。

潮州市人民政府办公室
2022年6月30日



公开方式：主动公开

抄送：市委各部委办，市人大办，市政协办，市纪委办，潮州军分区，市法院，市检察院，驻潮部队，中央、省驻潮各单位，各人民团体，各民主党派，各新闻单位。

潮州市人民政府办公室

2022年6月30日印发

潮州市职工基本医疗保险门诊共济保障 实施细则

2022 年 6 月

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）、《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）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基本医疗保险，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 市医疗保障行政部门负责制定全市门诊共济保障相关政策和组织实施，并指导各县（区）医疗保障行政部门开展门诊共济保障工作，同时根据国家、省部署，结合医保基金支付能力、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。

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，并协助医疗保障行政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。符合条件的参保人可在我市基层定点医疗机构（乡镇卫生院、社区卫生服务中心）、公立二级医保定点医疗机构享受普通门诊待遇。职工综合医疗保险参保人普通门诊统筹不设起付标准，按规定门诊就医，符合政策范围内的门诊医疗费用，基本医疗保险统筹基金单次支付比例为 70%，每次支付限额为 100 元，在职人员年度限额 2000 元，退休人员年度限额 2500 元。

其他参保人普通门诊待遇按原规定标准执行。

第六条 2022 年度职工参保人员享受普通门诊待遇仍按我市现行政策执行。2023 年 1 月 1 日起，职工医保参保人员在我市公立二级医保定点医疗机构门诊就医的，需选定一家公立定点医疗机构，原则上在一个年度内不得变更；没有选定就诊医疗机构的，不得享受普通门诊待遇。参保人需变更定点医疗机构的，应于当年度第四季度办理变更手续，自次年 1 月起生效。

参保人员确因居住地迁移或工作单位变动等情形需要变更选定定点医疗机构的，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，一个年度内变更次数不得超过一次。

第七条 异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员可办理异地就医备案手续，在异地开通联网结算的定点

医疗机构中选定一家基层医疗卫生机构为普通门诊定点医疗机构，享受我市医疗保险普通门诊待遇，待遇标准与在我市享受普通门诊的待遇标准一致。

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及支付标准支付。

第九条 在职职工参保人员应按规定及时办理医保在职转退休手续，自办理医保退休手续后次月起，参保人员可享受退休人员门诊统筹待遇。

第十条 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。门诊特定病种相关规定按照本市基本医疗保险门诊特定病种有关政策执行，省另有规定的，从其规定。

第三章 个人账户

第十一条 我市职工基本医疗保险包括综合医疗保险和住院医疗保险。综合医疗保险实行统筹基金和个人账户相结合的模式；住院医疗保险实行单建统筹基金、不建个人账户模式。

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 100.31 元。灵活就业人员参加职工综

合医疗保险的，个人账户计入标准参照执行。

第十二条 各级医疗保障经办机构负责个人账户开设、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。

第十三条 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。

第十四条 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。

第十五条 当参保人员出现以下各种特殊情况时，各级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

第十六条 市、县（区）医疗保障部门应当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。

第十七条 市、县（区）医疗保障部门应当完善与门诊共济保障相适应的付费机制，普通门诊医疗费用结算按照现有规定执行，逐步推进总额预算管理下的按人头付费。

第十八条 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。市、县（区）医疗保障部门应当积极开展“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。

第十九条 市、县（区）医疗保障部门应当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。

第二十条 市、县（区）医疗保障部门应当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

第二十一条 本规定所称年度，是指自然年度。

第二十二条 本实施细则自 2022 年 7 月 1 日施行，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。国家、省有新规定的，从其规定。