

湛江市人民政府文件

湛府规〔2022〕12号

湛江市人民政府关于印发湛江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），市府直属各单位：

现将《湛江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。执行过程中遇到的问题，请径向市医疗保障局反映。

湛江市人民政府

2022年10月30日

湛江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《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）、《广东省医疗保障局 广东省财政厅关于建立广东省医疗保障待遇清单制度的实施方案》（粤医保规〔2022〕3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 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。市、县（市）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。

第四条 建立职工医保普通门诊统筹（以下简称门诊统筹）基金，以上上年度职工医保征收总额的 7.6% 作为当年度普通门诊统筹基金的预算总额，用于门诊统筹支出。

第五条 遵循“以收定支、收支平衡”的原则，普通门诊实行市级统筹，按照“总额控制、按月结算、结余奖励、超支不补”的办法结算。

第二章 门诊共济保障待遇

第六条 增强门诊共济保障功能。建立职工医保普通门诊费用统筹保障机制，完善职工医保门诊特殊慢性病政策。规范个人账户使用范围，实行家庭共济。

第七条 完善配套政策机制。加强医保基金预算管理，结合门诊统筹，完善与门诊共济保障相适应的付费机制，完善管理服务措施，引导医疗资源合理利用，充分发挥保障功能。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。

第八条 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。湛江市职工医保门诊统筹不设起付标准，政策范围内医疗费用，在职职工在一级及以下、二级、三级医院支付比例分别为 60%、55%、50%；退休人员在一级及以下、二级、三级医院支付比例分别为 63%、58%、53%。门诊统筹年度最高支付限额为湛江市上上年度城镇在岗职工年平均工资的 2%，不纳入职工医保住院（含门诊特定病种）统筹基金和补充险的年累计最高支付限额。

第九条 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。

第十条 门诊统筹待遇和住院医疗待遇享受时间一致，享受待遇的职工需按时足额缴费。

第十一条 湛江市职工医保定点医院全部纳入门诊统筹定点医院，门诊统筹定点医院须及时将参保人员就诊信息上传国家医疗保障信息平台。

第十二条 做好门诊统筹与门诊特定病种、住院医疗等其他待遇的政策衔接。参保人员享受住院医疗待遇期间，不享受门诊统筹待遇。

第三章 个人账户

第十三条 参加统账结合职工医保的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 年湛江市基本养老金月平均金额的 2.8%（107 元）。单建统筹职工医保暂按我市现行规定，待省出台具体办法后，按省的规定执行。

第十四条 医疗保障经办部门负责个人账户开设、管理工作。个人账户按月计入，计入资金起止时间和缴费时间一致。

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) 在定点医院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) 在定点医院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

第十八条 完善门诊统筹协议管理，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 门诊统筹实行定点医院（含异地）门诊就医直接结算，参保人在本市职工医保定点医院门诊就医的，所发生的医疗费用门诊统筹基金予以支付；参保人员在异地就医门诊，办理了异地就医备案手续后，选定1家联网直接结算定点医院就医，所发生的医疗费用门诊统筹基金予以支付；除急救和抢救需要外，参保人员在非定点医院（含异地）门诊就医，门诊统筹基金不予支付。

第二十条 完善与门诊共济保障相适应的付费机制，门诊统筹原则上实行全市总额预算管理下的定额包干。

第二十一条 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。

第二十二条 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。

第二十三条 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。

第二十四条 年度门诊统筹基金预算总额扣除 5%年度机动金以及异地就医门诊、急救和抢救费用外，剩余部分基金作为全市定点医院年度门诊统筹可分配基金，每月门诊统筹可分配基金为年度门诊统筹可分配基金的 1/12。

（一）当月门诊统筹发生费用小于或等于每月门诊统筹可分配基金时，最高按门诊统筹实际发生费用的 105%结算，月结算金额不超过每月门诊统筹可分配基金。

（二）当月门诊统筹发生费用大于每月门诊统筹可分配基金时，结算公式如下：

当月结算给各定点医院门诊统筹费用 = 当月定点医院门诊统筹发生费用 ÷ 当月全市定点医院门诊统筹发生费用 × 每月可分配基金。

（三）当月结算给各定点医院门诊统筹费用按 95% 支付，剩余的 5% 作为年度考核金，纳入《湛江市城镇职工基本医疗保险定点医院医疗服务协议书》同步考核。

第二十五条 加强经办管理。市、县（市）医保经办机构要完善和规范相关经办流程，建立健全门诊就医服务管理办法，提升医保公共管理服务效能。完善门诊统筹付费机制，加强对各定点医药机构协议管理，充实细化协议内容，将门诊统筹政策要求、管理措施、服务质量、考核办法、奖惩机制等落实到《湛江市城镇职工基本医疗保险定点医院医疗服务协议书》中，通过协议强

化医疗服务监管。

第五章 附 则

第二十六条 市医疗保障部门根据国家、省有关部署要求，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。

第二十七条 市医疗保障部门根据省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法同步实施调整。

第二十八条 本细则自 2022 年 11 月 1 日起施行，有效期 3 年。2022 年 11 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日为门诊统筹一个医保结算周期，该周期门诊统筹最高支付限额为 326 元。2023 年 1 月 1 日至 2023 年 12 月 31 日为门诊统筹一个医保结算周期，该周期门诊统筹最高支付限额为 1996 元。从 2023 年起，门诊统筹以公历 1 月 1 日至 12 月 31 日为医保结算年度。此前规定与本细则不一致的，以本细则为准。

公开方式：主动公开

抄送：市委各部委办，市人大常委会办公室，市政协办公室，市纪委监委办公室，驻湛各部队，市中级人民法院，市检察院，中央、省驻湛各单位，各人民团体，各大专院校，各新闻单位。

湛江市人民政府办公室

2022 年 10 月 31 日印发
