

珠海市人民政府办公室文件

珠府办〔2022〕19号

珠海市人民政府办公室关于印发珠海市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（管委会），市政府各部门、各直属机构：

现将《珠海市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。实施过程中遇到问题，请径向市医保局反映。

珠海市人民政府办公室
2022年11月23日



珠海市基本医疗保险门诊共济保障实施细则

第一章 总 则

第一条 为进一步建立健全本市门诊共济保障机制，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）等文件要求，结合本市实际，制定本细则。

第二条 坚持保障基本，实行社会共济，确保保障水平与经济社会发展水平相适应。坚持统筹联动，完善门诊保障机制和改革个人账户同步推进，不断提高基金使用效率，逐步减轻参保人员医疗费用负担。坚持立足基层，发挥门诊共济保障机制作用，促进基层医疗卫生服务体系健全完善。坚持提质增效，不断增强统筹基金对普通门诊和门诊特定病种（以下简称门特）的保障能力，逐步由病种保障向费用保障过渡。

第三条 基本医疗保险门诊共济保障所需资金从基本医疗保险统筹基金中列支，不另行筹集。

第四条 市医疗保障行政部门负责门诊共济保障政策的制定和组织实施，对定点医药机构进行监督检查。市医疗保障经办机构负责门诊共济保障的经办管理服务，并协助市医疗保障行

政部门对定点医药机构开展监督检查。各级卫生健康部门在职责范围内加强对医疗机构的监督管理，规范医疗服务行为，提高医疗服务质量。

第二章 强化门诊共济保障

第五条 参保人员发生的普通门诊核准医疗费用，不设起付标准，按以下规定享受待遇：

（一）在选定的普通门诊统筹定点医疗机构（以下简称门诊统筹定点机构）就医发生的门诊核准医疗费用，不设年度最高支付限额（以下简称支付限额，含个人自付部分，下同），由统筹基金按以下比例支付：

1. 职工医保：在职职工 80%，退休人员 85%；
2. 居民医保：80%；
3. 签订家庭医生付费服务包协议的相应提高 5 个百分点。

（二）因病情需要经签约的门诊统筹定点机构转诊至本市二级及以上定点医疗机构就医所发生的门诊核准医疗费用，由统筹基金按以下比例和支付限额支付：

1. 职工医保支付比例为 70%，支付限额合计为 2500 元；
2. 居民医保支付比例为 50%，支付限额合计为 1500 元。

（三）职工医保参保人员在选定的本市二级及以上定点医院就医发生的门诊核准医疗费用，统筹基金支付比例为三级医院 50%、二级医院 60%，支付限额与本条第（二）项支付限额合并累

计为2500元。

（四）已办理异地长期居住就医备案的参保人员，应按规定在备案统筹区内的定点医疗机构门诊就医，其发生的门诊核准医疗费用，由统筹基金按以下比例和支付限额支付：

1. 职工医保：二级及以下医疗机构70%；三级医院50%；支付限额合计为2500元；

2. 居民医保：二级及以下医疗机构70%；三级医院50%；支付限额合计为1500元。

（五）急救和抢救发生的门诊核准医疗费用，按住院比例支付，计入住院核准医疗费用累计。

第六条 普通门诊支付范围按照广东省基本医疗保险药品目录、医用耗材和诊疗项目目录执行。

第七条 职工医保参保人员经核准中额、高额费用门特的，在其选定的门特费用结算机构就诊，所发生的门特核准医疗费用，按以下规定比例和限额支付：

（一）中额费用门特：在职职工支付比例为80%，退休职工支付比例为85%；1种中额费用门特的支付限额为7200元，2种都是中额费用门特的支付限额为9600元，3种（含）以上都是中额费用门特的支付限额为12000元；

（二）高额费用门特：在职职工支付比例为80%，退休职工支付比例为85%，计入住院核准医疗费用累计；

（三）高额费用门特转为中额费用门特或高额费用门特退出

时存在中额费用门特的，其医疗费用自高额费用门特退出之日起按中额费用门特比例和支付限额支付。

第八条 职工医保参保人员经核准精神类疾病门特的，在其选定的门特费用结算机构就诊，所发生的门特核准医疗费用，按以下规定执行：

（一）仅核准精神类疾病门特的，支付限额以内按基本医疗保险规定的住院支付比例支付；

（二）精神类疾病门特伴其它门特的，1种中额费用门特的支付限额（7200元，限额有调整的相应调整，下同）以内部分，按基本医疗保险规定的住院支付比例支付；7200元以上、规定的门特支付限额以内部分，按合并的门特支付比例就高支付。

第九条 门特具体范围、管理服务等按照本市基本医疗保险门特管理办法执行，省另有规定的，从其规定。

第三章 个人账户

第十条 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，用人单位缴纳的基本医疗保险费全部划入统筹基金。享受统账结合职工医保退休待遇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%，即按每月193.26元的标准计入。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。

第十一条 市医疗保障经办机构负责个人账户开设、管理服务等工作。个人账户按月计入，划入起止时间原则上与基本医疗保险待遇享受时间一致。

第十二条 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。

第十三条 个人账户不得用于公共卫生费用、美容、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。

第十四条 当参保人员出现以下特殊情况时，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社会保障卡金融账户或银行账户；

（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社会保障卡金融账户或银行账户；

（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社会保障卡金融账户或银行账户；

（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社会保障卡金融账户或银行账户，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社会保障卡金融账户或银行账户。

第四章 管理服务

第十五条 完善定点医疗机构协议管理，细化协议内容，通过协议强化普通门诊医疗服务监管。

第十六条 参保人员应在本市门诊统筹定点机构中签约一家作为其门诊统筹就医定点机构。其中，职工医保参保人员签约门诊统筹就医定点机构后可在本市二级及以上医院再选定一家作为其门诊共济就医定点机构。

参保人员下一年度需重新选定门诊统筹定点机构、门诊共济就医定点机构或门诊病种费用结算机构的，应在每年10月至12月按规定办理变更手续，变更自次年1月1日起生效；未办理变更手续的，视为继续选定原机构。除工作单位或居住地迁移（家庭住址改变）等情形外，同一年度不得变更。享受门特待遇的参

保人员签约的普通门诊就医定点机构同时为其门特就医定点机构。异地长期居住人员按国家、省异地就医规定在备案地定点医疗机构就医。

第十七条 参保人员因病情需要转诊至本市二级及以上定点医疗机构就医的，经签约的门诊统筹定点机构同意后，可到其转诊的医疗机构就医，并实行联网结算，每次转诊有效期为 30 天；因病情需要继续转诊或在转诊期内另行转诊的，应当重新办理转诊手续。除急救和抢救需要外，参保人员未经转诊到非选定医疗机构门诊就医，统筹基金不予支付。

第十八条 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。职工医保参保人员在选定的本市二级及以上医院就医以及转诊、急救和抢救发生的门诊核准医疗费用按项目付费，不纳入定点医疗机构人头支付标准或总额付费标准中；居民医保参保人员急救和抢救发生的门诊核准医疗费用按项目付费。

参保人员按规定享受普通门诊或门特待遇时发生符合规定的国家谈判药品费用，计入住院核准医疗费用支付限额累计，除门诊专项外由市医疗保障经办机构与定点医药机构按项目付费。

第十九条 参保人员可凭医保电子凭证、社会保障卡（电子社保卡）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。

第二十一条 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

第二十二条 市医疗保障行政部门根据国家、省部署，以及医保基金支付能力、医学技术发展等情况，对基本医疗保险门诊共济保障相关政策适时进行调整。

第二十三条 本细则实施后，《珠海市人民政府办公室关于印发珠海市公立医院实行药品和医用耗材零差率改革实施方案的通知》（珠府办〔2015〕3号）中参保人员在实行药品和医用耗材零差率改革的17家公立医院门急诊就诊诊金减免的规定不再执行，诊金按规定纳入普通门诊和门特支付。

第二十四条 本细则由市医疗保障行政部门负责解释。

第二十五条 本细则自2022年12月1日起施行，有效期至2025年12月31日。此前规定与本办法不一致的，以本办法为准。国家、省有新规定的，从其规定。

公开方式：主动公开

抄送：横琴粤澳深度合作区，市委各部委办局，市人大常委会办公室，市政协办公室，市纪委监委办公室，珠海警备区，市中级人民法院，市检察院，市有关单位，中央和省属驻珠海有关单位。

珠海市人民政府办公室

2022年11月23日印发
