河源市职工基本医疗保险

门诊共济保障经办规程

**（暂行）**

第一章 总则

第一条 为贯彻落实《河源市人民政府办公室关于印发河源市职工基本医疗保险门诊共济保障管理办法的通知》(河府办〔2022〕15号），推动我市建立健全门诊共济保障机制，规范职工基本医疗保险门诊共济保障经办管理工作，结合我市医保经办实际，特制定本规程。

第二条 本规程适用我市各级医保经办机构、定点医药机构办理职工基本医疗保险门诊共济保障业务。

第三条 市医保经办机构负责全市门诊共济保障的经办管理服务的统筹协调工作，各县（区）和镇（街）医保经办机构负责辖区内门诊共济保障的经办管理服务工作，定点医疗机构根据服务协议为参加职工基本医疗保险人员提供门诊服务。

第二章 对象和待遇

第四条 职工基本医疗保险门诊共济保障对象为参加我市职工基本医疗保险的人员。

第五条 根据《河源市职工基本医疗保险门诊共济保障管理办法》，市医保经办机构在国家医保信息平台配置我市职工基本医疗保险门诊共济保障待遇标准。

（一）职工医保普通门诊统筹不设起付标准。在职职工在市内发生的政策范围内医疗费用（含一般诊疗费及门诊诊查费），选定一级及以下定点医疗机构（含未定级医疗机构）支付比例为70%，选定二级定点医疗机构为60%，选定三级定点医疗机构为55%；退休人员在市内发生的政策范围内医疗费用，按就医定点医疗机构等级比在职职工分别提高5%，分别为一级及以下定点医疗机构（含未定级医疗机构）支付比例为75%，选定二级定点医疗机构为65%，选定三级定点医疗机构为60%的报销比例。

（二）在职职工、退休人员年度最高支付限额1800元/人·年。一级及以下定点医疗机构（含未定级医疗机构）单次支付限额为60元/次，二级定点医疗机构单次支付限额为120元/次，三级定点医疗机构单次支付限额为150元/次。参保人当年中途选点，按参保人选点当月起的剩余月份享受支付限额（即1800元÷12个月×参保人选点当月起的剩余月份）。

2023年度、2024年度最高支付限额不低于我市上上年度城镇在岗职工年平均工资的2%。年度最高支付限额不纳入参保人基本医疗保险年度最高支付限额。

（三）参加我市职工基本医疗保险的异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员应到参保地医保经办机构办理异地就医普通门诊备案手续，办理备案手续后发生的政策范围内医疗费用按照市内相关规定执行，包括报销比例、单次限额和年度限额等（年度最高支付限额市内、市外累计计算）。

第六条 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，市医保经办机构和定点医疗机构应做好普通门诊“三目”的维护。

第三章 个人账户

第七条 医保经办机构按照以下参加职工基本医疗保险人员类别和标准按月拨付医保个人账户资金。

（一）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。

（二）灵活就业人员、失业代缴人员和工伤代缴人员参加统账结合职工医保的，个人账户计入标准参照在职职工标准执行。

（三）退休人员个人账户由职工医保统筹基金按定额划入，从2022年8月起至2024年12月，月划入额度为102.79元。

（四）参加住院基本医疗保险的参保人以及由政府资助参加住院基本医疗保险的困难企业退休职工，不建立个人账户。

第八条 市医保经办机构负责医保个人账户开设工作，市县（区）医保经办机构分级负责医保个人账户管理工作。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。

第九条 个人账户可用于支付参保人本人及其配偶、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。

第十一条 当参保人出现以下各种特殊情况时，医疗保障经办机构应按以下措施及时处理医保个人账户资金。

（一）参保人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 费用结算

 第十二条 医保经办机构与普通门诊定点医疗机构按“定额包干、年度结算、超支不补”的方式进行结算。村（居）卫生站由辖区内的乡镇卫生院、社区卫生服务中心包干结算。

根据《河源市人民政府办公室关于印发河源市职工基本医疗保险门诊共济保障管理办法的通知》(河府办〔2022〕15号）的有关规定，2022年度定额包干费用为320元/人·年（已划拨门诊包干费用的，医保经办机构按照原包干政策的使用比例划拨2022年余下月份包干费用，即320÷12×5=133.33元），2023年、2024年定额包干费用依据年度最高支付限额、2022年度实施情况进行调整。参保人当年中途选点，医保经办机构按参保人选点当月起的剩余月份定额包干费用（即320元÷12个月×参保人选点当月起的剩余月份）拨付给定点医疗机构。

（一）定额包干及月预拨：医保经办机构按一个年度参保人选定该普通门诊定点医疗机构人数的包干经费总额作为该定点医疗机构当年度定额包干费用，医保经办机构以不超过80%的比例按月预拨。普通门诊包干经费总额=门诊定点机构选点总人数×年度包干标准。计算公式为：320元÷12个月×定点医疗机构选点总人数×80% =每月定额包干费用预付款。

（二）年度结算：全年定额包干费用使用率大于或等于80%且不超过定额包干费用的，结余额的80%补偿给普通门诊定点医疗机构，20%留作统筹基金；全年定额包干费用使用率低于80%的，结余额的20%补偿给普通门诊定点医疗机构，80%留作统筹基金。

（三)超支不补：实际发生普通门诊记账费用超出全年定额包干费用总额的，超出部分由普通门诊定点医疗机构承担，医保基金不予支付。

（四）参保人发生的普通门诊费用直接与选定就诊的普通门诊定点医疗机构结算，其中个人支付部分由参保人支付；普通门诊基金支付部分，由普通门诊定点医疗机构先予记账，各级医保经办机构与普通门诊定点医疗机构按规定结算。

（五）参保人中途符合规定变更门诊定点机构的包干经费，按参保人变更之日的次月起按实际月数分别计算。

（六）普通门诊异地就医暂不执行定额包干，暂按项目付费。

第五章 管理服务

第十三条 市医保经办机构统一制订《河源市职工基本医疗保险门诊共济保障服务协议》，作为《河源市医疗保障定点医疗机构医疗服务协议》的补充协议。

第十四条 市医保经办机构与市本级、源城区、江东新区定点医疗机构签订门诊共济保障服务协议，市医保经办机构委托各县医保经办机构与所属辖区定点医疗机构签订门诊共济保障服务协议。医保经办机构与定点医疗机构签订的门诊共济保障服务协议期限为一年，期满经考核合格后，双方续签服务协议。

第十五条 医保经办机构应加强服务协议管理，推动定点医疗机构提升门诊医疗服务质量。

第十六条 职工医保参保人员可在参保地医保经办机构或本地定点医疗机构选定1家定点医疗机构（不分等级）做为门诊定点。参保人长期在异地普通门诊就医的，应该在参保地经办机构选定1家异地定点医疗机构（不分等级）做为门诊定点。参保人只能选定市内或市外1家定点医疗机构做为门诊定点。

第十七条 职工医保参保人员门诊选点一般一年一定，确因居住地迁移等情形需要变更门诊定点医疗机构的，可向参保地医保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，参保人未经转诊到非选定定点医疗机构门诊就医，统筹基金不予支付。

第十八条 职工医保参保人员原则上在每年的9至12月选择下一年度门诊定点医疗机构，年度内新参保的在参保缴费后选择门诊定点医疗机构（含未在上年度规定时间内选定的）。如已选点的参保人，无居住地迁移等情形变更普通门诊定点医疗机构的，且参保人未申请变更的，则默认上一年度门诊定点医疗机构。

第十九条 医保经办机构应严格执行医保基金预算管理制度，加强基金稽核和内控制度建设，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 市县医保经办机构应加强医保智能监控系统运用，加强对医保门诊医疗服务和个人账户使用的监管，加强对定点医药机构稽核检查，协助医疗保障部门对定点医药机构开展监督检查。

第二十一条 定点医疗机构应积极做好门诊共济保障宣传工作，为参保人提供选点和就诊服务；定点医药机构应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。

第六章 附则

第二十二条 本规程自印发之日起实行。本规程有效期与《河源市人民政府办公室关于印发河源市职工基本医疗保险门诊共济保障管理办法的通知》（河府办〔2022〕15号）的有效期一致。此前有关经办规程条款与本规程不一致的，以本规程为准。