



揭阳市医疗保障局关于印发揭阳市基本医疗保险普通门诊统筹管理办法的通知

揭市医保规〔2021〕3号

各县（市、区）人民政府（管委会），市直有关单位：

为完善我市基本医疗保险制度，揭阳市医疗保障局制定了《揭阳市基本医疗保险普通门诊统筹管理办法》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

揭阳市医疗保障局

2021年9月30日



揭阳市基本医疗保险普通门诊 统筹管理办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善我市基本医疗保险制度，减轻基本医疗保险参保人的门诊医疗费用负担，根据《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）等文件精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于参加我市基本医疗保险（包括城乡居民基本医疗保险和城镇职工基本医疗保险），并按规定缴纳医疗保险费的参保人。

第三条 基本医疗保险普通门诊统筹坚持统筹共济，保障基本；坚持以基层定点医药机构为依托，支持基层医疗卫生机构能力发展；坚持门诊医疗费用分担机制。

第四条 市医疗保障部门负责制定普通门诊统筹相关政策，并指导各县（市、区）医疗保障部门开展普通门诊统筹工作。各县（市、区）医疗保障行政部门负责普通门诊政策的组织实施，对定点医药机构进行监督检查。

第五条 各级医疗保险经办机构负责普通门诊经办管理服务，并协助医疗保障行政部门对定点医药机构开展监督检查。

第六条 普通门诊就医实行定点服务管理。全市二级及



以下基本医疗保险定点医疗机构（含乡镇卫生院所辖村卫生站）为普通门诊统筹定点医疗机构，负责参保人普通门诊就医管理、诊疗服务。

第二章 账户管理

第七条 城乡居民和城镇职工基本医疗保险普通门诊统筹所需资金分别从城乡居民和城镇职工基本医疗保险统筹基金中列支。在基本医疗保险统筹基金支出户中设置普通门诊支出明细。

第三章 待遇保障

第八条 普通门诊不设起付线。基金支付比例及年度支付限额为：

（一）城乡居民参保人每人每年普通门诊统筹基金最高支付限额为400元。每次普通门诊有一般诊疗费的（一般诊疗费统筹基金支付70%，个人支付30%）；除一般诊疗费外的基本医疗费用统筹基金按60%比例支付，同一天统筹基金最高支付限额为40元（含一般诊疗费统筹基金支付），其余部分由参保人自付。

（二）城镇职工参保人每人每年普通门诊统筹基金最高支付限额为500元。每次普通门诊有一般诊疗费的（一般诊疗费统筹基金支付70%，个人支付30%）；除一般诊疗费外的基本医疗费用统筹基金按60%比例支付，同一天统筹基金最高支付限额为50元（含一般诊疗费统筹基金支付），其余部



分由参保人自付。

(三) 参加基本医疗保险的困难群众每人每年普通门诊统筹基金最高支付限额800元。每次普通门诊有一般诊疗费的(一般诊疗费统筹基金支付70%,个人支付30%);除一般诊疗费外的基本医疗费用统筹基金按80%比例支付,同一天统筹基金最高支付限额提高至80元(含一般诊疗费统筹基金支付),其余部分由参保人自付。

(四) 参加职工医疗保险在医保年度内中途变更为城乡居民医保的人员,从变更次月起按城乡居民医保普通门诊统筹待遇标准执行;参加城乡居民医保人员变更为职工医疗保险的人员,从变更次月起按职工医疗保险普通门诊统筹待遇标准执行。

(五) 普通门诊统筹按自然年度结算年度限额,限额在当年度使用,不能结转下一年度,不能转让给他人使用。参保人门诊就医登记间隔期不少于5天,间隔期少于5天的统筹基金不予支付。

(六) 市外及省外异地就医直接结算的普通门诊费用,基本医疗保险基金支付比例、最高支付限额等报销政策执行与市内保持一致。

一个年度内,参保人发生的符合医保支付范围的异地普通门诊医疗费用,与本市普通门诊医疗费用累加计算,达到最高支付限额的不再纳入报销。

第九条 符合广东省基本医疗保险普通门诊药品目录(含国家谈判药品)、医用耗材和诊疗项目支付范围的医疗



费用，纳入普通门诊统筹基金支付范围。

第十条 不纳入基本医疗保险普通门诊统筹基金支付的医疗费用：

- （一）未在选定定点医药机构发生的普通门诊医疗费用；
- （二）不符合广东省基本医疗保险普通门诊药品目录（含国家谈判药品）、医用耗材和诊疗项目支付范围的医疗费用；
- （三）享受门诊特殊病种待遇期间发生该疾病的普通门诊医疗费用；
- （四）已纳入基本医疗保险住院统筹基金结算的急诊、抢救医疗费用；
- （五）住院期间发生的普通门诊医疗费用；
- （六）应当从工伤保险基金中支付的医疗费用；
- （七）应当由第三人负担的医疗费用；
- （八）应当由公共卫生负担的医疗费用。

第四章 费用结算

第十一条 参保人所发生的普通门诊医疗费用，属于个人支付部分的，由参保人与定点医疗机构直接结算；属于统筹基金支付部分的，由定点医疗机构先予记账，每月汇总后向医保经办机构申报结算。

第十二条 按规定参加基本医疗保险的下列参保人员，可以申请办理普通门诊费用市外异地结算。

- （一）异地安置退休人员：指退休后在异地定居并且户



籍迁入定居地的人员。

(二) 异地长期居住人员：指近期拟在或已在异地同一地区连续居住生活半年以上的人员。

(三) 常驻异地工作人员：指用人单位派驻异地工作且符合参保地有关规定的人员。

以上三款所列人员统称“长期异地就医人员”。

(四) 转诊转院人员：指符合参保地转诊转院规定的人员。

(五) 临时异地就医人员：指因紧急救治和抢救需要，在参保地以外医疗机构接受紧急诊疗的人员，以及其他符合参保地规定的异地就医及药店购药人员。

第五章 就医管理

第十三条 参保人可按照“自愿、就近、便捷”的原则，自主选择2家定点医疗机构（含乡镇卫生院所辖村卫生站），长期异地就医人员选择1家二级以下（含二级）定点医疗机构，作为本人异地门诊就医定点医疗机构，选定的医疗机构原则上一年内不变更。参保人确因病情需要及居住地迁移等情形确需变更选定定点医药机构的，须到医疗保险经办机构办理变更手续。

参保人可以通过线上渠道，也可到经办机构（定点医疗机构）办理医疗机构选定服务。

第十四条 符合市外就医条件的参保人员在办理异地住院备案手续时可自动开通异地就医门诊费用直接结算服务，



在备案的就医省或地市所有开通跨省异地门诊费用直接结算的定点医药机构均可直接联网结算。已办理跨省异地就医住院费用直接结算备案的参保人员，可同步开通跨省异地就医普通门诊直接结算服务，无需再重新办理备案，在备案的就医省或地市所有开通跨省门诊费用直接结算的定点医药机构均可直接联网结算。

参保人员需凭医保电子凭证、居民身份证或者社会保障卡就医、购药，遵守就医市定点医药机构就医、购药流程和服务规范。

第十五条 普通门诊统筹定点医药机构必须保证门诊医疗服务质量，不得以任何理由和借口推诿、拒绝参保人的门诊就医需求。

第十六条 普通门诊统筹定点医疗机构应严格执行首诊负责制和因病施治的原则，坚持以病人为中心，规范诊疗，合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费。

第十七条 普通门诊统筹定点医药机构应如实记录参保人普通门诊就医情况，并留住址和联系电话。

第十八条 参保人在定点医药机构就医时不得冒名顶替、弄虚作假，不得私自涂改就医单据，不得干预医务人员的诊疗行为。

第六章 基金监管

第十九条 医疗保障行政部门和医疗保险经办机构应采



取现场与非现场、事先告知与随机抽查等方式对定点医药机构进行检查、监督。探索建立第三方监督机制。

第二十条 医疗保险经办机构应通过智能监控、人工抽查等方式，对参保的普通门诊医疗费用进行审核，发现违规费用应在结算中予以扣除，并将违规情况逐级报送医疗保障行政部门。

第二十一条 定点医药机构应严格执行普通门诊统筹政策和服务协议规定，不得串通病人伪造病历、检查资料、串换药品等违规行为，非法套取医保基金。

第七章 法律责任

第二十二条 医疗保障行政部门、医疗保险经办机构、定点医药机构及其工作人员、参保人违反本办法规定的，依据《中华人民共和国社会保险法》等相关规定予以处理。

第八章 附 则

第二十三条 本办法有效期内如遇法律、法规或有关政策调整变化的，从其规定。

第二十四条 本办法自2021年11月1日起实施，有效期至2026年11月1日。此前规定与本办法不一致的，以本办法为准。