

**广西壮族自治区人民政府办公厅关于
印发广西职工基本医疗保险门诊
共济保障实施办法的通知
(桂政办发〔2021〕137号)**

各市、县人民政府，自治区人民政府各组成部门、各直属机构：

《广西职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法》已经自治区人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

2021年12月28日

(此件公开发布)

广西职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法

第一章 总则

第一条 为进一步健全互助共济、责任共担的职工基本医疗保险（以下简称职工医保）制度，更好解决职工医保参保人员门诊保障问题，提高参保人员医疗保障水平，根据有关法律法规规定和《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）精神，结合广西实际，制定本办法。

第二条 以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，既尽力而为、又量力而行，坚持人人尽责、人人享有，完善制度、引导预期。将门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围，改革职工医保个人账户，建立健全门诊共济保障机制，提高医保基金使用效率，逐步减轻参保人员医疗费用负担，实现制度更加公平更可持续。

第三条 职工医保门诊共济保障遵循下列基本原则：

（一）坚持保障基本，实行统筹共济，确保保障水平与经济社会发展水平相适应。

（二）坚持平稳过渡，保持政策连续性，确保改革前后待遇顺畅衔接。

（三）坚持协同联动，完善门诊保障机制和改进个人账户制度同步推进、逐步转换。

（四）坚持因地制宜，从实际出发，加强职工医保门诊统筹，完善共济保障机制。

第二章 门诊共济保障

第四条 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。

第五条 完善配套政策机制。加强医保基金预算管理，结合普通门诊统筹，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。

第六条 优化基金配置。职工医保基金由个人账户基金和统筹基金构成。用人单位缴纳的基本医疗保险费全部计入基本医疗保险统筹基金，改进个人账户计入办法，调整个人账户基金和统筹基金结构后，增加的统筹基金主要用于门诊共济保障，提高参保人员门诊待遇。

第三章 个人账户

第七条 改进个人账户计入办法。在职人员个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，退休人员个人账户原则上由统筹基金按定额划入。具体按下列规定执行：

（一）在职人员个人账户计入办法。从 2023 年起，参保在职人员个人账户划入额度调整至本人参保缴费基数的 2%。

（二）退休人员个人账户计入办法。从 2023 年起，符合享受职工医保待遇条件的退休人员，个人账户划入额度为 2022 年度职工医保统筹地区基本养老金平均水平的 2.5%。

2022 年，各统筹地区可结合本地实际，制定过渡期政策，做好改革前后政策衔接，实现待遇平稳过渡。

第八条 规范个人账户使用范围。

（一）个人账户可用于支付参保人员本人在定点医疗机构门诊或住院发生的由个人负担的医疗费用（包括诊查费、一般诊疗费、个人自付的医疗费用、自费医疗费用等，下同），以及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。

（二）个人账户可用于支付参保人员的配偶、子女、父母、配偶父母在广西区内参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费，在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，以及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）在规定时间内未缴纳职工大额医疗费用统筹费的退休人员，可直接从其个人账户中统一扣缴。

（四）参加长期护理保险制度试点的参保人员，个人缴费部分可从其个人账户中扣缴。

（五）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。

第四章 门诊医疗待遇

第九条 在一个参保年度内，对参保人员在定点医疗机构门诊就医发生的医疗费用，设立统筹基金起付标准和最高支付限额。根据经济发展实际和统筹基金收支结余情况，适时调整起付标准、年度支付限额。

第十条 起付标准。在一个参保年度内，统筹基金起付标准为参保人员在定点医疗机构门诊就医发生的属于基本医疗保险支付范围内的医疗费用累计达到 600 元。

第十一条 支付限额。对参保人员在定点医疗机构门诊发生的属于基本医疗保险支付范围的医疗费用，普通门诊医疗统筹实行限额支付，在职人员统筹基金支付限额为每人每年 1200 元，退休人员支付限额为每人每年 1800 元，超过年度统筹基金支付限额的医疗费用由个人支付。普通门诊医疗统筹年度限额不予结转，不计入基本医疗保险年度统筹基金最高支付限额。统筹基金累计结余支撑能力不足 6 个月的统筹地区，可根据实际情况调整支付限额。

第十二条 支付比例。在一个参保年度内，参保人员在门诊就医发生的属于基本医疗保险支付范围的医疗费用，在统筹基金起付标准以上、支付限额以下的，由统筹基金和个人按下列比例分别负担：

定点医疗机构 级别	统筹基金支付		个人负担	
	在职	退休	在职	退休
一级及以下	60%	65%	40%	35%
二级	55%	60%	45%	40%
三级	50%	55%	50%	45%

第十三条 普通门诊统筹支付范围与基本医疗保险支付范围一致，即属于国家、自治区规定的基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施范围。不属于基本医疗保险支付范围的，普通门诊统筹不予支付。

第十四条 完善门诊特殊慢性病政策。统一全区门诊特殊慢性病病种范围，根据医保基金承受能力，将部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的疾病门诊费用纳入共济保障。不断健全门诊共济保障机制，逐步由病种保障

向费用保障过渡。进一步完善门诊特殊慢性病异地就医直接结算管理服务工作机制，切实保障参保人员异地就医权益。门诊特殊慢性病病种具体范围、待遇标准、管理服务等由自治区医疗保障部门另文制定。

第十五条 做好普通门诊统筹与门诊特殊慢性病、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，不享受门诊特殊慢性病及普通门诊统筹待遇；享受门诊特殊慢性病医疗待遇人员在门诊治疗相应疾病的，继续按门诊特殊慢性病政策执行。

第五章 结算方式

第十六条 完善定点医药机构协议管理，将门诊医疗服务纳入协议管理内容。完善外配处方在定点零售药店结算和配药管理，在此基础上，各统筹地区可结合实际，将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入门诊共济保障范围。申请门诊定点医药机构需符合《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）等规定要求。

第十七条 完善与门诊共济保障相适应的付费机制，针对门诊医疗服务特点，推进门诊支付方式改革。各统筹地区可结合家庭医生签约服务，推行基层医疗机构普通门诊按人头付费，根据实际情况采取定点管理方式。建立健全国家医保谈判药品“双通道”管理配套政策，满足群众医疗用药需求。

第十八条 加快推进门诊费用异地就医直接结算。医保经办机构与定点医药机构对普通门诊统筹医疗费用的具体结算办法及标准，由统筹地区医保经办机构另行制定。

第六章 监督管理

第十九条 加强医保基金监管，健全门诊费用智能监控手段。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。建立对个人账户全流程动态管理，加强个人账户使用、结算环节审核。强化医疗行为和医疗费用监管，确保医保基金安全高效、合理使用。

第二十条 加强经办管理。各统筹地区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、奖惩机制等落实到定点协议中，通过协议强化医疗服务监管。

第二十一条 完善医疗服务管理措施。发挥门诊共济保障机制和改革集成作用，协同推动基层医疗卫生服务体系建设、完善家庭医生签约服务、规范长期处方管理等。建立健全适合门诊特点的医疗服务管理和考核体系，加强对门诊就诊率、转诊率、次均费用、费用结构等的考核，引导医疗机构内部精细化管理，规范基层定点医疗机构诊疗及转诊等行为。

第二十二条 普通门诊统筹定点医疗机构应当严格遵守基本医疗保险和医疗卫生有关法律法规规定，在参保人员就医过程中要合理诊疗，并向医保经办机构实时上传门诊医疗费用明细。

第七章 附则

第二十三条 本办法由自治区医保局负责解释。原有关政策规定与本办法不一致的，以本办法为准。今后国家、自治区有新规定的，从其规定。

第二十四条 本办法自 2022 年 1 月 1 日起施行。