

东莞市医疗保障局文件

东医保规〔2025〕1号

东莞市医疗保障局关于印发《东莞市基本医疗保险门诊共济保障实施细则》的通知

各镇人民政府（街道办事处），市府直属各单位：

《东莞市基本医疗保险门诊共济保障实施细则》业经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻落实。

东莞市医疗保障局
2025年6月30日

东莞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 为进一步完善本市基本医疗保险制度,完善门诊共济保障机制,更好地解决基本医疗保险参保人普通门诊保障问题,切实减轻参保人医疗费用负担,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)、《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,结合本市实际,制定本细则。

第二条 本细则适用于本市基本医疗保险参保人及提供门诊医药服务的定点医药机构。

第三条 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。加强统筹共济,确保保障水平与本市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进个人账户同步推进。坚持平稳过渡,确保改革前后政策顺畅衔接,确保改革与本市卫生健康事业发展规划相适应。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。

第四条 市医疗保障部门负责组织实施本市门诊共济保障工作,对定点医药机构进行监督检查。各级医疗保障经办机构负

责门诊共济保障的经办管理服务工作的，并协助市医疗保障部门对定点医药机构开展监督检查。

市卫生健康部门负责加强基层医疗机构医疗资源合理配置、合理使用，建立健全“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗体系，协同推动社区卫生服务机构服务能力建设；完善家庭医生签约服务、提高履约服务质量，对家庭医生服务及健康管理工作情况开展考核；创新门诊就医服务管理办法，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务，规范转诊行为；加快推进医疗卫生机构间电子健康档案和电子病历等信息共享，为患者提供顺畅转诊和连续诊疗。

市财政、税务等有关部门及各园区管委会、各镇人民政府（街道办事处）按照各自职能协同实施本细则。

第二章 门诊共济保障待遇

第五条 普通门诊统筹不设起付标准。参保人因疾病发生符合规定的普通门诊基本医疗费用，由统筹基金按以下比例支付：

（一）参保人在社区门诊就医点就医的，支付比例为 70%；按规定签订家庭医生服务协议且履行健康管理义务的（以下简称“签约参保人”），支付比例为 75%。

（二）参保人按规定选定辅助就医点，直接到辅助就医点就

医的,辅助就医点为定点社区卫生服务机构的,支付比例为 70%,签约参保人为 75%; 辅助就医点为二级及以下定点医院的,支付比例为 50%;辅助就医点为三级定点医院的,支付比例为 35%。

第六条 参保人按规定转诊的,发生符合规定的普通门诊基本医疗费用,由统筹基金按以下比例支付:

(一) 参保人在选定的定点社区卫生服务机构(含社区门诊就医点及辅助就医点)就医,转诊到本市定点医疗机构的(含经社区门诊就医点转诊到辅助就医点再经辅助就医点转诊到本市定点医疗机构),转诊到定点社区卫生服务机构支付比例为 70%,签约参保人为 75%; 转诊到一级定点医疗机构支付比例为 60%;转诊到二级定点医疗机构支付比例为 55%; 转诊到三级定点医疗机构支付比例为 50%。

(二) 参保人辅助就医点为本市定点医院,经辅助就医点转诊到本市定点医疗机构的,转诊到定点社区卫生服务机构支付比例为 70%, 签约参保人为 75%; 转诊到二级及以下定点医疗机构支付比例为 50%; 转诊到三级定点医疗机构支付比例为 35%。

第七条 参保人选定定点社区卫生服务机构的,因病情需要可直接到本镇街(园区)定点社区卫生服务中心就医,发生的普通门诊基本医疗费用支付比例为 70%, 签约参保人为 75%。

第八条 一个自然年度内,参保人未发生非定点社区卫生服务机构普通门诊基本医疗费用(不含门诊急救和抢救)的,下一

个自然年度内，其按规定在定点社区卫生服务机构就医的支付比例为 75%，签约参保人为 80%。

第九条 参保人在本市医疗机构门诊急救和抢救产生的普通门诊基本医疗费用，支付比例为 75%，签约参保人为 80%。

第十条 达到法定退休年龄且达到本市基本医疗保险缴费年限的职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）参保人、达到法定退休年龄的城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）参保人，支付比例增加 2 个百分点。

第十一条 一个自然年度内，统筹基金累计支付参保人发生符合规定的普通门诊基本医疗费用，不超过以下年度最高支付限额：

（一）参保人在本市定点社区卫生服务机构就医的，统筹基金支付费用纳入本人参保期内年度最高支付限额。

（二）参保人在本市非定点社区卫生服务机构就医的，年度最高支付限额为本市上上年度城镇在岗职工年平均工资的 1.0%。

（三）参保人在本市医疗机构门诊急救和抢救的，不设年度最高支付限额。

年度最高支付限额按月核定，不跨自然年度使用，从参保人选定门诊共济定点医疗机构之月起核定当年实际支付限额，最高不超过当年剩余月数支付限额。

第十二条 普通门诊统筹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。

第十三条 除急救和抢救需要外,参保人未经转诊到非选定医疗机构门诊就医,统筹基金不予支付。

第十四条 已办理异地就医备案手续的异地就医人员,在备案地已接入异地就医结算平台的医疗机构普通门诊就医,发生符合规定的基本医疗费用,不设起付标准,定点社区卫生服务机构支付比例为 70%,一级定点医疗机构支付比例为 60%,二级定点医疗机构支付比例为 55%,三级定点医疗机构支付比例为 50%;年度最高支付限额为本市上上年度城镇在岗职工年平均工资的 1.0%,且与本细则第十一条第(二)项合并计算。

第十五条 门诊特定病种具体范围、待遇标准、管理服务等按照本市门诊特定病种管理办法执行;省另有规定的,从其规定。

第三章 个人账户

第十六条 参加建立个人账户的统账结合职工医保参保人,个人账户月计入标准为本人参保缴费月基数的 2%。达到法定退休年龄且达到本市统账结合职工医保缴费年限的参保人,个人账户月划入额度为 2021 年本市基本养老金月平均金额的 2.8%。灵活就业人员参加建立个人账户的统账结合职工医保的,个人账户

计入标准参照执行。

第十七条 医疗保障部门负责个人账户开设、管理工作。个人账户按月计入，计入资金起止时间原则上和个人账户待遇享受时间一致。

第十八条 个人账户可用于支付参保人员本人及其近亲属（包括配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女）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）近亲属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。

第十九条 统账结合职工医保参保人发生符合规定的普通门诊基本医疗费用，统筹基金支付比例增加 5 个百分点。

第二十条 统账结合职工医保参保人在本市非定点社区卫生服务机构就医的，发生符合规定的普通门诊基本医疗费用，年度最高支付限额增加至本市上上年度城镇在岗职工年平均工资

的 2.0%。

第二十一条 统账结合职工医保参保人发生本细则第十四条规定的普通门诊基本医疗费用，年度最高支付限额为本市上上年度城镇在岗职工年平均工资的 1.2%，且与本细则第二十条合并计算。

第二十二条 个人账户不予支付的范围按国家和省有关规定执行。

第二十三条 个人账户资金结转、继承等各类处理按国家和省有关规定执行。

第四章 管理服务

第二十四条 完善普通门诊统筹协议管理，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。

第二十五条 参保人应在参保地辖区内的定点社区卫生服务机构中选定一家作为社区门诊就医点。

参保人三个月及以上未选定社区门诊就医点的，其社区门诊就医点按属地原则确定至参保地辖区内的定点社区卫生服务中心。

第二十六条 参保人已确定社区门诊就医点的，在按规定签

订家庭医生服务协议后，可增加一家本市定点社区卫生服务机构或本市定点医院作为辅助就医点。

参保人的社区门诊就医点和辅助就医点作为其门诊共济定点医疗机构，门诊共济保障待遇按本细则第五条、第六条等有关规定执行。

第二十七条 门诊共济定点医疗机构选定手续当月办理，当月生效。同一自然年度内，参保人可申请变更一次门诊共济定点医疗机构，变更后当年无特殊情况不得再次变更。参保人确因工作地、居住地迁移等情形需要变更门诊共济定点医疗机构的，可到指定定点医疗机构申请办理变更手续，当月办理，次月生效。

市医疗保障经办机构根据本细则制定门诊共济定点医疗机构选定、变更等有关办理流程。

第二十八条 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，结合人员结构、门诊转诊、门诊急救和抢救医疗费用等特点，在按人头付费基础上辅以其他支付方式。符合规定的转诊医疗费用及院外购药费用，纳入普通门诊统筹支付范围，并纳入定点医疗机构人头支付标准或总额付费标准中。科学合理确定医疗服务医保支付标准，引导主动使用疗效确切、价格合理的药品。

第二十九条 参保人可凭医保电子凭证、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、国家医保服务平台 APP、东莞医保微信公众账号、粤医保、粤省事小程序等渠道为参保人提供线上便捷服务。

第三十条 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。

第三十一条 定点医药机构应当严格执行医保协议，合理诊疗、合理收费，按照本细则切实做好门诊共济保障服务和管理。定点医院应科学合理确定可承受的选点普通门诊服务量，并提前向社会公布；建立健全全科医生服务，规范门诊诊疗服务，规范转诊行为。社区卫生服务机构应督促家庭医生团队做实签约服务，落实签约服务内容，做好高血压、糖尿病等慢性病患者药品供应，做实做细本辖区内参保人的健康管理服务。

第三十二条 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。完善管理服务措施，创新制度运行机制，引导医疗资源合理利用，确保医保基金稳定运行，充分发挥保障功能。进一步健全定点医药机构服务监控、分析和考核体系。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

第三十三条 继续深化医疗卫生体制改革,强化重大流行性疾病防控机制,市医疗保障部门可根据实际情况,结合医保基金支付能力、医学技术发展等情况,对待遇保障、管理服务等门诊共济保障政策适时进行调整。

第三十四条 本细则所称本市上上年度城镇在岗职工年平均工资,以本市统计部门公布的数据为准。本细则所称门诊转诊、门诊急救和抢救是指符合临床规范的门诊诊疗行为。

第三十五条 因突发疫情等紧急情况严重影响本市门诊共济保障服务的,由市医疗保障部门制定特殊保障政策。

第三十六条 为积极探索本市医疗卫生资源合理配置的门诊共济保障模式,结合本市门诊共济保障机制实施细则实施情况,市医疗保障、卫生健康、财政部门在条件合适的情况下开展门诊共济保障改革试点工作,通过以镇街(园区)为单位实行按人头付费方式改革,建立“总额管理、结余留用、超支不补”的机制,促进镇街(园区)内医疗卫生资源合理配置,为参保人提供“预防—保健—治疗—康复—护理—养老”全程服务。

第三十七条 本细则由市医疗保障部门负责解释。

第三十八条 本细则自 2025 年 7 月 1 日起施行,有效期至 2029 年 12 月 31 日。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：市委直属各单位，市人大办，市政协办，市纪委监委，市中级人民法院，市检察院，中央、省属驻莞有关单位。

东莞市医疗保障局办公室

2025年6月30日印发
