安康市职工基本医疗保险

门诊共济保障机制实施办法

（征求意见稿）

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，切实减轻其医疗费用负担，按照《陕西省人民政府办公厅关于印发建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施方案的通知》(陕政办发〔2022〕2号)精神，结合我市实际，制定本实施办法。

第二条 全市职工基本医疗保险门诊共济保障以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持尽力而为、量力而行，人人尽责、人人享有，进一步完善制度、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，有效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 职工基本医疗保险门诊共济保障坚持保障基本，实行统筹共济，切实维护参保人员权益；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；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；坚持因地制宜，在整体设计基础上，立足实际积极探索增强职工医保门诊保障的有效途径。

第四条 本实施办法适用于我市职工医保全体参保人员。

第二章 个人账户

第五条 改革个人账户计入办法。用人单位在职职工按本人缴费基数2%的个人缴费部分，全部计入个人账户；单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入额度调整到我市改革实施当年基本养老金平均水平的2%左右。灵活就业人员参加职工基本医疗保险的，个人账户按本人参保缴费基数的2%计入。

在职转退休，按年参保缴费的从次年起为其变更个人账户计入比例和办法，按月参保缴费的从次月起为其变更个人账户计入比例和办法。

第六条 规范个人账户使用范围。个人账户主要用于支付参保人员在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用。可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女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、医用耗材等发生的由个人负担的费用。积极探索用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等险种的个人缴费机制。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。

第七条 个人账户资金可以结转使用和依法继承。职工调离统筹区时，个人账户结余资金可随同转移或一次性拨付给本人。

第三章 门诊共济

第八条 增强门诊共济保障功能。在做好高血压、糖尿病等群众负担较重的门诊慢性病、特殊疾病（以下统称“门诊慢特病”）医疗保障工作的基础上，将多发病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围，建立健全门诊共济保障机制。

第九条 普通门诊统筹支付范围。将符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施支付标准范围（以下统称“医保目录”）内的合规门诊费用，纳入职工医保普通门诊统筹支付范围。

第十条 普通门诊统筹待遇标准。职工基本医疗保险普通门诊统筹年度起付标准为200元。建立个人账户的在职人员门诊统筹年度最高支付限额为800元，退休人员年度最高支付限额为1000元。不享受个人账户待遇的参保人员，门诊统筹年度最高支付限额为300元。

（一）在职人员门诊统筹支付比例：

在一级及以下定点医疗机构门诊就医时发生的医保目录内的医疗费用，统筹基金按60%支付；

在二级定点医疗机构门诊就医时发生的医保目录内的医疗费用，统筹基金按55%支付；

在三级定点医疗机构门诊就医时发生的医保目录内的医疗费用，统筹基金按50%支付。

（二）退休人员门诊统筹支付比例：

在一级及以下定点医疗机构门诊就医时发生的医保目录内的医疗费用，统筹基金按70%支付；

在二级定点医疗机构门诊就医时发生的医保目录内的医疗费用，统筹基金按65%支付；

在三级定点医疗机构门诊就医时发生的医保目录内的医疗费用，统筹基金按60%支付。

普通门诊统筹基金年度支付限额仅限本人在当年使用，跨年不结转。随着基金收入的增加和可支撑能力的增强，可逐步提高门诊统筹支付比例和政策范围内统筹基金支付限额。

1. 普通门诊统筹就医结算。将符合条件的定点医疗机构确定为普通门诊统筹定点医疗机构。参保人员在普通门诊统筹的定点医疗机构门诊就医，发生政策范围内的医疗费用，持医保电子凭证或社会保障卡直接结算，参保人员按规定只需支付个人负担部分费用，医保基金支付部分由医疗保险经办机构与定点医疗机构定期结算。

退休异地安置、长期驻外人员和按规定转诊异地就医的职工，经在备案后到统筹区外定点医疗机构普通门诊就医的，参保人员按规定支付个人负担部分费用，医保基金支付部分由经办机构按照国家、省异地结算有关规定结算。对未能联网直接结算的，个人现行垫付，凭医疗保障凭证、医疗费用发票原件、病历等材料回参保地医保经办机构办理结算。

1. 其他门诊待遇。门诊慢特病、门诊特殊治疗、门诊使用特殊药品按照我市现行的保障政策执行。将符合医保目录范围的单项费用在80元以上的门诊检查费用纳入普通门诊统筹支付范围。

第十三条 待遇衔接。参保人员享受住院医疗待遇时，不享受普通门诊待遇。参保人员普通门诊与门诊慢特病、特殊药品待遇有交叉时，优先使用门诊慢特病、特殊药品待遇，不得重复享受。门诊慢特病待遇启动条件不再关联个人账户使用情况。参保人员在使用完当年门诊统筹最高支付限额后，在定点医疗机构发生的医保政策范围内的门诊医疗费用，可进入补充医疗保险。已享受过门诊统筹待遇的剩余部分不纳入补充医疗保险支付范围。

第四章 监督管理

第十四条 拓宽普通门诊统筹保障渠道。逐步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保障范围，支持外配处方在定点零售药店结算和配药，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用。探索将符合条件“互联网+”医疗服务纳入门诊保障范围，执行线上线下医保同等支付政策。

第十五条 推进门诊异地就医直接结算。依托全国统一的医疗保障信息平台，将符合条件的二级以上定点医疗机构全部接入跨省异地就医普通门诊费用直接结算系统，切实提升参保人员异地就医服务水平。

第十六条 严格执行医保药品支付标准。做好中选价格与医保支付标准协同。对医保目录内的集中带量采购药品，以中选价格为基准确定医保支付标准。对同通用名下的原研药、参比制剂、通过一致性评价的仿制药，实行同一医保支付标准。对未通过一致性评价的仿制药，医保支付标准不得高于同通用名下已通过一致性评价的药品。

第十七条 加强医保个人账户管理。严格执行基金预算管理，做好收支信息统计，建立健全基金稽核制度，加强个人账户使用、结算等环节的审核和稽核，对个人账户实现全流程动态管理，确保基金稳定运行。

第十八条 强化医保服务协议管理。将“技术好、服务优、价格低、布局合理”作为前置条件，严格评审评估标准，将优先使用医保目录药品（医用耗材）、控制自费比例、严禁诱导院外购药、违规开具大处方等纳入协议管理，强化协议条款及指标约束作用。

第十九条 完善基金使用监管机制。建立健全基金经办内部控制、基金结算审核和医保、财政、税务三方定期对账等机制，进一步防范化解内部风险，坚决从严打击欺诈骗保、套保等违法违规行为，推动基金监管制度化、常态化、精细化。

第二十条 落实基金安全监管责任。压实医疗机构主体责任、卫生健康部门行业主管责任、医保部门监管责任和县（市、区）政府属地责任，强化卫健、医保、财政、税务等有关部门协同监管责任，形成基金监管合力。

第五章 组织实施

第二十一条 强化组织领导。职工医保门诊共济保障机制由市政府统筹组织实施，各县（市、区）按要求负责具体落实。市医疗保障局负责全市职工医保门诊共济保障工作的统筹协调。市医保经办处、各县（市、区）医疗保障部门具体负责本辖区职工医保门诊统筹资金的筹集、管理、待遇审核和支付等工作。市医疗保障局、市财政局要会同相关部门加强对县（市、区）的工作指导，上下联动，稳妥推进，妥善处理改革前后的政策衔接，确保参保人员待遇平稳过渡。

第二十二条 强化管理服务。通过协同推动基层医疗服务体系建设、完善家庭医生签约服务、规范长期处方管理和分级诊疗、转诊等行为，引导医疗资源合理利用，遏制过度医疗和基金浪费。建立医疗服务监控预警提醒和分析考核机制，加强定点医疗机构日常监管考核，进一步激励和约束医疗机构规范诊疗行为。

第二十三条 强化政策宣传。广泛宣传建立健全门诊共济保障机制对减轻参保人员医疗费用负担、促进制度更加公平更可持续的重要作用和共建共享、互助共济的重要意义，创新宣传方式，精准解读政策，主动回应社会关切，积极营造良好舆论氛围，不断增强人民群众的获得感、幸福感、安全感。

第六章 附 则

第二十四条 我市原职工医保相关政策规定与本《办法》不一致的，按本《办法》执行。中、省有新政策规定的，按新规定执行。

第二十五条 本实施办法由市医疗保障局负责解释，自2023年1月1日起施行。