

附件 1:

关于《武汉市城镇职工基本医疗保险普通门诊统筹管理办法（征求意见稿）》 的说明

一、政策出台的背景

为进一步完善我市基本医疗保险制度,减轻参保人的职工医保门诊医疗费用负担,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)和省委、省政府《关于全省深化医疗保障制度改革的若干措施》(鄂发〔2020〕20号)等文件精神,按照市政府第162次常务会议精神,我局经过充分的调研,结合我市普通门诊就医实际和医保基金运行情况等,在分析、测算的基础上,按照“保基本,可持续,待遇水平与经济社会发展水平相适应”的原则,起草了《武汉市城镇职工基本医疗保险普通门诊统筹管理办法(征求意见稿)》(以下简称《办法》)。

二、《意见》的主要内容

《办法》共14条,分别从基金筹集、医保待遇、医保基金不予支付范围、结算方式、基金使用监督管理等方面作出了规定。

(一)关于基金筹集的问题。职工医保普通门诊统筹基金由城镇职工基本医疗保险统筹基金支付,用人单位和参保

人员不再另行缴费。

(二) 关于医保待遇问题。一是在一个保险年度内，参保人普通门诊就医发生的符合《湖北省基本医疗保险、工伤保险、生育保险药品目录》《湖北省基本医疗保险诊疗项目管理、医疗服务设施范围和支付标准目录》的医疗费用，纳入普通门诊统筹基金支付范围。二是普通门诊统筹基金支付设立起付标准和年度支付限额。一个保险年度内，在职人员起付标准 1500 元，退休人员 1200 元；在职人员年度支付限额为 5400 元，退休人员年度支付限额为 6000 元。门诊统筹年度支付限额在一个保险年度内有效，不滚存、不累计。

二是在一个保险年度内，普通门诊统筹基金起付标准以上和年度支付限额以下的费用，由普通门诊统筹基金和个人按下列规定比例分别负担：在三级定点医疗机构的，统筹基金支付比例 50%，个人支付比例 50%；由基层医疗机构按规定转诊到三级定点医疗机构的，统筹基金支付比例提高 10%；在二级定点医疗机构的，统筹基金支付比例 60%，个人支付比例 40%；由基层医疗机构按规定转诊到二级定点医疗机构的，统筹基金支付比例提高 10%；在一级定点医疗机构（含社区卫生服务机构）的，统筹基金支付比例 80%，个人支付比例 20%。

提高基层医疗机构的支付比例，目的是鼓励参保人在基层就近首诊，缓解就医难的问题。

(三) 关于医保基金不予支付范围问题。下列医疗费用

不纳入普通门诊统筹基金支付范围：医疗保险支付范围外的医疗费用；使用医疗保险支付范围内的药品和诊疗服务项目，应当由个人按比例先行负担的费用；参保人在患病住院期间发生的门诊医疗费用；参保人所在单位或个人欠缴基本医疗保险费（含补缴费用）期间发生的医疗费用；参保人未在定点医疗机构发生的医疗费用；普通门诊处方在定点零售药店外配发生的医疗费用；参保人治疗门诊重症（慢性）疾病发生的医疗费用；不符合基本医疗保险规定的其它费用。

（四）关于医保结算方式问题。参保人在定点医疗机构普通门诊就医，凭个人社会保障卡结算个人负担费用；普通门诊统筹基金支付部分由市医疗保险经办机构与定点医疗机构进行结算。异地安置人员在安置地发生的普通门诊医疗费用，应于次年第一季度将身份证复印件、门诊病历、费用收据、费用明细资料邮寄参保辖区医疗保险经办机构审核结算。主要考虑门诊就医与住院不同，需要累计达到起付标准。

（五）关于医保基金使用监督管理问题。通过加强日常监管和协议管理、完善举报奖励制度等手段，依据基本医疗保险和医疗卫生的各项法律、政策和规定，对定点医疗机构和参保人医保领域范围内的诊疗行为进行监管。

（七）关于政策调整的问题。普通门诊统筹基金起付标准、基金支付比例和年度支付限额的调整，由市医疗保障行政部门会同市财政部门，根据基金的收支情况提出方案，报市人民政府批准后执行。