

附件 2:

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)

第一条 为进一步减轻我市职工基本医疗保险参保人的门诊医疗费用负担，提高参保人医疗保障水平，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)要求，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本市职工基本医疗保险参保人普通门诊统筹适用本办法。

第三条 普通门诊统筹坚持“保基本，可持续，待遇水平与经济社会发展水平相适应”原则，保障参保人基本医疗水平，对基层卫生服务机构采取倾斜政策，引导参保人“小病进社区”，促进医疗资源的合理配置。

第四条 市医疗保障行政部门负责我市职工基本医疗保险普通门诊统筹工作。市医疗保险经办机构具体负责普通门诊统筹资金的筹集、管理和待遇审核、给付等工作。

第五条 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。

第六条 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》规定的医疗费用，纳入普通门诊统筹基金支付范围。普通门诊统筹基金支付设立起付标准和年度支付限额。

（一）起付标准。一个保险年度内，在职人员起付标准 1500 元，退休人员 1200 元。

（二）年度支付限额。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。

第七条 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：

（一）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%；

（二）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%；

（三）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%。

第八条 下列医疗费用不纳入普通门诊统筹基金支付范围：

- (一) 医疗保险支付范围外的医疗费用;
- (二) 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;
- (三) 参保人在患病住院期间发生的门诊医疗费用;
- (四) 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;
- (五) 参保人未在定点医疗机构发生的医疗费用;
- (六) 普通门诊处方在定点零售药店外配发生的医疗费用;
- (七) 参保人治疗门诊重症(慢性)疾病发生的医疗费用;
- (八) 不符合基本医疗保险规定的其它费用。

第九条 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。

第十条 定点医疗机构应当严格遵守基本医疗保险和医疗卫生的各项法律、政策和规定,在参保人就医过程中要因病施治,严格掌握适应症,做到合理诊疗。

第十一条 医保部门和定点医药机构、用人单位等违反医疗保障或本办法相关规定的,按《中华人民共和国社会保

险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律、法规和规章，以及服务协议处理。

第十二条 参保人应自觉遵守医疗保险的法律、法规及相关规定，以欺诈、伪造证明材料或者其它手段骗取门诊统筹待遇的，按国家、省、市的有关法律法规和基本医疗保险的有关规定处理。

第十三条 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。

第十四条 本办法自 年 月 日起施行，有效期为 年。