

关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施细则

(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,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《河南省人民政府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实施意见》(豫政办〔2022〕15号),结合我市实际,制定本实施细则。

第二条 本实施细则适用于我市职工医保全体参保人员。

第三条 坚持保障基本,实行统筹共济;坚持平稳过渡,保持政策连续;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。

第四条 建立健全门诊共济保障机制,改革职工医保个人账户。建立职工医保普通门诊统筹制度,规范门诊慢特病医疗保障制度,完善个人账户使用管理制度。

第五条 市医疗保障行政部门负责我市职工医保门诊共济保障工作的组织实施,医疗保障经办机构(以下简称医保经办机构)负责普通门诊统筹资金的筹集、管理和待遇审核、给付等经

办工作。

第二章 个人账户管理

第六条 改革职工医保个人账户计入办法：

（一）在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准为本人参保缴费基数 2%，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金；

（二）灵活就业参保人员个人账户计入标准为本人参保缴费基数的 2%，其余基本医疗保险缴费部分全部计入统筹基金；

（三）退休人员个人账户由统筹基金按月定额划入，企业单位（含灵活就业人员）退休人员按照 2021 年全市企业单位退休人员基本养老金月平均水平的 2%划入，机关事业单位退休人员按照 2021 年全市机关事业单位退休人员基本养老金月平均水平的 2%划入。

第七条 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药机构发生的政策范围内自付费用。可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、医用耗材发生的由个人负担的费用。个人账户可用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险或本人参加职工大额医疗费用补助等的个人缴费。

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。

第八条 个人账户资金可以结转使用和继承。职工医保关系迁移到其他统筹地区的，个人账户随其医保关系转移划转，不具备转移条件的，也可将个人账户余额一次性返还给本人；参保人员死亡时，其个人账户结余资金可一次性拨付给合法继承人。

第三章 门诊共济保障待遇

第九条 调整统筹基金和个人账户结构后，增加的统筹基金主要用于建立职工普通门诊统筹制度，将普通门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围，提高参保人员门诊待遇。

第十条 普通门诊统筹执行基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准及价格政策等规定。

第十一条 职工医保门诊统筹实行定点就医管理，定点医疗机构为具有住院资格的定点医疗机构和乡镇卫生院、社区卫生服务中心（以下简称门诊统筹定点医疗机构）。参保人员在非门诊统筹定点医疗机构发生的门诊医疗费用，统筹基金均不予支付，门诊医疗费用由个人全额负担。

第十二条 参加职工医保并在待遇享受期内的人员，按规定享受职工医保普通门诊统筹保障待遇。在一个自然年度内，参保人员在定点医疗机构门诊就医，统筹基金支付设立起付标准和最高支付限额。

（一）普通门诊统筹起付标准按次设定，24 小时内同一医院多次就诊的只记一次起付线，每次 40 元，乡镇卫生院、社区卫生服务中心不设起付标准。

（二）在职职工和退休人员年度最高支付限额分别为 1500 元、2000 元，2022 年 7 月 1 日实施当年在职职工和退休人员最高支付限额减半。普通门诊统筹支付限额不计入职工医保统筹基金年度最高支付限额。

（三）起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内普通门诊医疗费用，由统筹基金按比例支付，在职职工在省级三级甲等定点医疗机构门诊就医支付比例为 55%，在省、市、县级其他等级的定点医疗机构门诊就医支付比例为 60%；在乡镇卫生院、社区卫生服务中心门诊就医支付比例为 70%。退休人员的支付比例高于在职职工 10 个百分点。

第十三条 参保人员办理基本医保在职转退休手续的，从办理次月起，变更个人账户计入办法、普通门诊统筹待遇标准，一个参保年度内既往已享受普通门诊统筹合并计算支付限额。

第十四条 按规定办理异地就医备案的异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员，享受普通门诊统筹待遇。起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内普通门诊医疗费用，由统筹基金按比例支付，在职职工在三级定点医疗机构门诊就医支付比例为 55%，在二级和一级定点医疗机构门诊就医支付比例为 60%，在乡镇卫生院及社区卫生服务中心门诊就医支付比例为 70%，退休人员的支付比例在此基础上提高 10 个百分点。

第十五条 普通门诊统筹按医疗保险自然年度结算年度限额，限额在当年度使用，不能结转下一年度，不能转让他人使用。

第十六条 完善门诊慢特病政策。根据医保基金承受能力，逐步扩大门诊慢特病病种范围。门诊慢特病起付标准、支付限额及支付比例按我市现有政策执行，并实行动态调整。

第十七条 参保人员普通门诊统筹、门诊慢特病和门诊特药待遇可同时享受，就诊时应分别开具处方，分别结算。

第十八条 参保人员住院治疗期间，不得同时享受门诊统筹待遇。

第十九条 参保人员个人负担的普通门诊费用不纳入职工大额医疗费用补助和公务员医疗补助范围。

第二十条 未按时足额缴纳职工医保费的人员，补交欠费的，欠费期内发生的门诊费用，统筹基金不予支付。

第二十一条 用人单位以 5.6%的缴费费率缴纳职工医保费的，在职职工不划个人账户且不享受门诊统筹待遇；其已符合享受退休人员职工医保待遇条件的退休人员，按规定划入个人账户并享受门诊统筹待遇。

第四章 医疗服务与就医管理

第二十二条 参保人员应凭本人医保电子凭证或社会保障卡在本统筹区门诊统筹定点医药机构就医，发生的门诊医疗费用应通过医疗保险信息系统直接结算，未通过医疗保险信息系统直接结算的门诊费用，统筹基金不予支付。

第二十三条 持续推进门诊费用异地就医直接结算。按规定办理异地就医备案手续的按规定办理异地就医备案的异地安置

退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员应凭本人医保电子凭证或社会保障卡在异地定点医疗机构就医，发生的门诊费用应通过医保信息系统直接结算，未通过医保信息系统直接结算的，统筹基金不予支付。

第二十四条 健全与门诊共济保障相适应的付费方式。门诊共济保障机制建立初期，普通门诊统筹费用实行按项目付费。后期根据医疗机构级别和医疗服务特点，采取不同的付费方式，对基层医疗服务可按人头付费，积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合；对日间手术、中医优势病种等符合条件的门诊特殊病种，推行按病种或按疾病诊断相关分组付费；对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。

第二十五条 享受门诊慢特病待遇和门诊特药待遇的人员，凭定点医疗机构开具处方，在处方共享定点零售药店购买的治疗门诊慢特病药品费用或门诊特药费用，统筹基金按规定标准予以支付。

参保人员在定点零售药店的其他购药费用，暂不纳入普通门诊统筹支付范围。

第五章 医疗费用结算

第二十六条 参保人员在本统筹区内的门诊统筹定点医药机构就医，应由个人负担的部分，由个人与医疗机构直接结清；应由个人账户支付的，由定点医疗机构记账，医保经办机构每月与定点医疗机构全额结算；应由统筹基金支付的部分，由定点医

疗机构记账，医保经办机构每月与定点医疗机构结算一次，按统筹基金应支付额的 90% 拨付，预留 10% 的年度质量保证金，质量保证金根据年度考核结果返还。

第六章 监督管理

第二十七条 建立对个人账户全流程动态管理机制，加强个人账户使用、结算等环节的审核。

第二十八条 严格执行基金收、支、余预算管理，做好收支信息统计。健全基金稽核制度、基金经办内部控制制度，防范化解内部监管风险，确保基金稳定运行。

第二十九条 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，引导参保人员在基层就医首诊。结合完善门诊慢特病管理措施，规范基层定点医疗机构诊疗及转诊等行为。

第三十条 完善医保定点医药机构服务协议管理办法，健全医疗服务监控、分析和考核体系。

第三十一条 建立医保基金安全防控机制，严格贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，加强对定点机构医疗行为和医疗费用的监管，实现医保基金全领域、全流程、全方位监管。医疗机构履行主体责任、卫生健康部门履行行业主管责任、医疗保障部门履行监管责任、各区县（市）政府及开发区管委会履行属地责任，财政、人力资源社会保障部门要根据工作职责，做好医保基金使用管理、及时提供我市退休人员平均基本养老金数据等

工作。卫生健康、公安、市场监管、审计等有关部门各负其责、协同监管，严肃查处定点医药机构、参保人员违法违规行为。

第七章 附 则

第三十二条 根据国家、省有关规定以及职工医保统筹基金收支情况和可支撑能力，市医疗保障部门会同市财政部门可对个人账户划入标准、普通门诊统筹待遇标准进行适当调整。

第三十三条 创新宣传方式，丰富宣传手段，广泛开展宣传，准确解读政策。充分宣传建立健全职工医保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，大力宣传医疗保险共建共享、互助共济的重要意义。建立舆情监测和处置机制，积极主动回应社会关切，营造良好舆论氛围。

第三十四条 本实施细则由市医疗保障局负责解释，自 2022 年 7 月 1 日起施行。