西安市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则

（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《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），结合我市实际，制定本细则。

第二条 以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，深入学习贯彻习近平总书记来陕考察重要讲话重要指示，坚持统筹共济、保障基本、平稳过渡、政策连续原则，既尽力而为、又量力而行，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，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 本细则所称职工医保门诊共济保障机制包括职工医保个人账户（以下简称个人账户）、职工医保普通门诊费用统筹（以下简称普通门诊）、职工医保门诊慢性病特殊病费用统筹(以下简称门诊慢特病)、职工医保门诊使用特殊检查治疗项目(以下简称门诊特检特治)、职工医保门诊中医病种费用统筹（以下简称门诊中医病种）等。

第四条  遵循的基本原则:

（一）坚持保障基本，实行统筹共济，切实维护参保人员权益。

（二）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，逐步实现改革目标。

（三）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。

（四）坚持因地制宜，在整体设计基础上，从市情实际出发，积极探索增强职工医保门诊保障的有效途径。

第五条 本细则适用于我市城镇职工基本医疗保险参保人员（含灵活就业参保人员）。

第二章 个人账户

第六条 改革在职职工个人账户计入办法。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的2%，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。灵活就业人员个人账户计入标准为本人参保缴费基数的2%。

第七条 改革退休人员个人账户计入办法。退休人员（含灵活就业退休人员）计入标准为改革当年全市退休人员基本养老金平均水平的2%左右，按100元/月定额划入。个人账户划入额度按照国家和省上政策要求，实行动态调整。

第八条 个人账户支付范围。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、医用耗材发生的由个人负担的费用。推进落实个人账户用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。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。

参保职工门诊及住院医疗费用使用个人账户支付的，统筹基金不予支付。

第九条 个人账户本金和利息归个人所有，可以结转使用和依法继承。参保人员跨统筹地区流动就业的，个人账户随其医疗保险关系转移划转。

第十条 参保人员终止基本医保关系后，个人账户余额一次性拨至用人单位或个人金融账户；拨至用人单位的，由用人单位负责支付给本人或其合法继承人，不得截留和挪用。

第十一条 在职职工单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。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职工普通门诊制度，增强门诊共济保障功能，提高参保人员门诊待遇。

第三章 普通门诊

第十二条 普通门诊是指参保职工在定点医疗机构就医，发生的符合我市基本医疗保险规定范围内的普通门诊医疗费用（含门诊诊查费，不含产前检查费用），纳入基本医疗保险基金支付范围，由基本医疗保险统筹基金和个人共同负担。

西安市城镇职工基本医疗保险门诊诊查费补贴待遇取消。

第十三条 参保人员一个自然年度内在定点医疗机构发生的政策范围内的费用，统筹基金按以下规定支付:

（一）普通门诊待遇起付线为200元；

（二）在职职工普通门诊支付比例为一级医疗机构（含乡镇卫生院及社区卫生服务中心）70%、二级医疗机构60%、三级医疗机构50%，退休人员支付比例按医疗机构级别相应提高5%；

（三）在职职工普通门诊每人每年最高支付限额为2000元，退休人员最高支付限额为2500元。年度最高支付限额当年有效，不滚存、不累计。

第四章 其他门诊

第十四条 门诊慢特病、门诊特检特治、门诊中医病种按照我市现行的保障政策执行。

第十五条 根据全省统一的职工医保门诊慢特病病种保障相关政策，规范门诊慢特病病种范围和认定标准。逐步将部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的疾病门诊费用纳入共济保障，对部分适合在门诊开展，比住院更经济方便的特殊治疗，可参照住院待遇进行管理，更好减轻参保患者医疗费用负担，鼓励患者在门诊就医。

第十六条  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。

第五章 医药服务

第十七条 完善与门诊共济保障相适应的付费机制。

（一）普通门诊费用暂按项目付费，根据门诊共济保障机制运行情况，适时调整支付政策；

（二）不断健全门诊共济保障机制，逐步由病种保障向费用保障过渡；

（三）积极探索职工医保门诊共济保障在基层医疗机构按人头付费机制。

第十八条 适时将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入普通门诊保障范围。推进普通门诊定点医疗机构外配处方可在定点零售药店结算和配药，按开具外配处方的医疗机构普通门诊支付比例结算。探索将符合条件的“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。

第十九条 加快推进门诊费用异地就医直接结算，完善异地就医结算医保经办规程。逐步扩大门诊费用异地就医直接结算定点医疗机构范围，实现全市定点医药机构普通门诊费用跨省直接结算全覆盖。

第二十条 异地长期居住人员和临时外出就医人员异地就医备案后，同步开通普通门诊费用直接结算服务，选择在就医地已开通异地结算的定点医疗机构就医时，发生的普通门诊医疗费用实行联网直接结算。参保人员未按规定办理异地就医备案手续，在异地医疗机构就医发生的普通门诊费用（门诊抢救除外），统筹基金不予支付。

第二十一条 参保人员未按规定在本市医疗机构就医或在非定点医疗机构发生的门诊医疗费用，统筹基金不予支付。

第二十二条 支持基层医疗服务体系建设。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、规范长期处方管理等，引导参保人员在基层就医首诊，促进医疗资源合理利用。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，促进基层医疗优化常见病、慢性病的诊疗服务，加强慢病管理，促进健康管理，全面推进“健康西安”建设。

第六章 监督管理

第二十三条 按照《西安市医疗机构医疗保障定点管理实施细则》《西安市零售药店医疗保障定点管理实施细则》有关规定，完善定点医药机构服务协议，将职工医保普通门诊纳入协议管理范围，强化协议管理，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

第二十四条 建立完善与门诊共济保障相适应的管理机制，引导参保人员合理利用医疗资源。严格执行医保基金预算管理制度，加强基金稽核和内控制度建设，确保医保基金平稳运行。

第二十五条 加强定点医药机构日常监管，规范医疗机构服务行为，提升医保服务质量，维护参保人员的合法权益。充分运用大数据、人工智能等新技术，提高日常监管水平。

第二十六条 加强定点医药机构专项治理，强化监管检查力度，采取专项检查、重点抽查、线索核查等方式，严厉打击各类欺诈骗保行为，确保基金安全高效、合理使用。

第二十七条 深化监管方式创新，积极运用国家医保信息平台智能监管子平台对门诊医疗费用的稽查、审核力度，及时发现、查处和纠正医保违法违规行为。

第七章 保障措施

第二十八条 加强组织领导。建立健全职工医保门诊共济保障机制是深化医疗保障制度改革的重要内容，涉及广大参保人员切身利益。市级各相关部门要主动细化工作责任，完善工作措施，抓好工作落实；各区县、开发区要落实属地职责，加强对所属部门和医药机构的工作指导，及时有效解决改革推进过程中遇到的困难和问题。

第二十九条 统筹推进工作落实。市医疗保障部门牵头做好建立健全职工医保门诊共济保障机制工作，完善相关医保经办流程，根据基金运行情况适时调整门诊共济保障待遇标准；市卫生健康部门要根据参保人员就医需求合理配置医疗机构资源，强化医疗机构服务能力，加强对医疗机构的监管考核，促进医疗机构规范诊疗行为，为参保人员提供优质医疗服务；市财政部门要做好医保基金的保障和监管工作；市人力资源社会保障部门要做好退休人员基本养老保险平均水平的统计测算工作。各区县、开发区要做好门诊共济保障改革的各项支持保障工作。

第三十条 加强政策宣传。全面准确解读政策，广泛开展宣传，合理引导预期。充分发挥各级医保经办服务窗口、医疗机构优势，及时、准确提供政策宣传和引导，提高医保政策知晓率。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。

第八章 附则

第三十一条 根据经济社会发展以及医保基金运行情况，由市医疗保障部门会同财政部门对职工医保门诊共济保障待遇实施动态调整。

第三十二条 本细则由市医疗保障部门负责解释，自2023年1月1日起执行，原有文件中与本细则不一致的，按本细则执行。