

随政办发〔2022〕26号

**市人民政府办公室关于印发
随州市职工基本医疗保险普通门诊共济保障
实施细则的通知**

各县、市、区人民政府，随州高新区、大洪山风景名胜区管理委员会，市政府各部门：

《随州市职工基本医疗保险普通门诊共济保障实施细则》已经市人民政府同意，现印发给你们，请遵照执行。

2022年9月22日

随州市职工基本医疗保险普通门诊共济保障 实施细则

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）、《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》（鄂政办发〔2022〕25号）精神，结合我市实际，制定本实施细则。

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二中、三中、四中、五中、六中全会精神，坚持以人民健康为中心，既尽力而为、又量力而行，坚持人人尽责、人人享有，完善制度、引导预期，加快我市医疗保障重点领域和关键环节改革，推动职工医保门诊保障由个人积累式保障模式转向社会互助共济保障模式，不断提升人民群众的获得感、幸福感、安全感。

第三条 本实施细则适用于我市职工医保参保人员。

第四条 坚持保障基本，实行统筹共济；坚持平稳过渡，保持政策连续性；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；坚持公平适度，可持续。

第五条 2022 年底前全面建立职工医保普通门诊统筹，普通门诊医疗费用纳入职工医保统筹基金支付范围，职工门诊就医负担明显减轻。职工医保基金内部结构更加优化，个人账户管理机制更加完善，门诊医疗费用支付方式改革稳步推进，门诊统筹医保管理和基金监管机制更加健全，医保基金使用更有效率，医保制度更加公平更可持续。

第二章 门诊共济保障待遇

第六条 职工医保门诊统筹所需资金从职工医保统筹基金中支出，用人单位及职工医保参保人员不再另行缴费。

第七条 职工医保参保人员在我市定点门诊医药机构发生的属于医疗保险药品、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录范围内的普通门诊（含急诊）医疗费用，由职工医保统筹基金按规定支付。

第八条 一个自然年度内，在职职工普通门诊政策内医疗费用累计超过 500 元以上部分，在一级（含社区卫生服务站）、二级、三级定点医疗机构基金支付比例分别为 80%、70%、60%，基金支付年限额 1300 元。退休人员普通门诊政策内医疗费用累计超过 400 元以上部分，在一级（含社区卫生服务站）、二级、三级定点医疗机构基金支付比例分别为 85%、75%、65%，基金支

付年限额 1600 元。

起付标准、支付比例与支付限额根据基金运行情况适时调整，需调整时由市医疗保障部门会同财政部门制定调整方案，报市人民政府批准后实施。

第九条 普通门诊统筹的最高支付限额与住院、门诊慢性病和特殊疾病（以下统称门诊慢特病）、国家医保谈判药品的最高支付限额分别控制，合并计入职工医保统筹基金最高支付限额。一个自然年度内普通门诊统筹最高支付限额仅限于当年使用，不得结转累加到下一年度。

生育门诊医疗费用仍按我市现行政策执行。

第十条 异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员可办理异地就医备案手续，在异地开通联网结算的定点医疗机构就医发生的普通门诊费用，按我市普通门诊待遇标准结算。在异地未开通联网结算的定点医疗机构就医发生的普通门诊费用不纳入基金支付范围。

第十一条 参保人员外配购药的支付比例按为其出具处方的定点医疗机构级别执行。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。

第十二条 参保人员按规定办理医保在职转退休手续，办理退休手续后次月起，可享受退休人员门诊统筹待遇。

第十三条 以单建统筹方式参加职工医保的人员缴费费率调整为单位缴费费率，同步享受普通门诊共济保障待遇。

第三章 个人账户计入和管理

第十四条 改进个人账户计入办法，调整统筹基金和个人账户结构，增加的统筹基金主要用于门诊共济保障，提高参保人员门诊待遇。

（一）在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，月计入标准为本人参保缴费月基数的 2%，用人单位缴纳的基本医疗保险费全部划入统筹基金。

（二）退休后参保人员个人账户由职工医保统筹基金按定额划入，划入标准按我市 2021 年基本养老金平均水平的 2.5% 确定，即月划入额度为 70 元。

（三）参保人员因就业状态发生变化分别以统账结合和单建统筹方式交替参保的，退休后达到缴费年限的，按统账结合缴费年限占比，确定月划入额度。

（四）以单建统筹方式参加职工医疗保险的人员，不设个人账户。

第十五条 个人账户使用范围：

（一）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。

（二）在实现信息系统支撑的前提下，实现个人账户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。

（三）探索个人账户用于参保人员本人及其配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、长期护理保险、惠民保等的个人缴费，以及退休时未达到职工医保最低缴费年限的缴费。

第十六条 个人账户不予支付范围。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。

第十七条 对出国、出境定居的职工医保参保人员，个人账户余额经本人申请可支付给本人；参保职工死亡的，其个人账户余额可一次性支付给其法定继承人或指定受益人。

第四章 服务管理

第十八条 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畴，细化协议内容，将政策要求、管理措施、服务质量、考核办法、奖惩机制等落实到协议中，通过协议强化门诊医疗服务监管。

第十九条 做好普通门诊统筹、门诊慢特病、住院待遇、“双通道”药品的政策衔接。在合理医治的前提下，尽量引导参保患者在门诊治疗。普通门诊费用不纳入门诊慢特病支付范围，门诊慢特病费用不纳入普通门诊统筹支付范围。未达到门诊慢特病规定标准的高血压、糖尿病职工医保患者的门诊用药通过普通门诊统筹和个人账户给予保障。对“双通道”药品和参照“双通道”管理的药品，按“双通道”药品待遇政策执行。参

保患者门诊（急诊急救）确诊需转本院住院的，该次门诊（急诊急救）的医疗费用并入住院费用。

第二十条 加强定点药店管理，将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入职工门诊共济保障范围，支持外配处方在定点零售药店配药和结算，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用。

第二十一条 参保人员在定点医疗机构门诊所需用药无法满足时，参保人员可持处方在符合条件的定点零售药店配药（定点零售药店由医保部门另行指定）。

第二十二条 完善与门诊共济保障相适应的付费机制。对基层医疗服务可按人头付费，探索将按人头付费与慢性病管理相结合；对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费；对日间手术及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。日间手术参照住院管理。

第二十三条 根据国家及省统一部署，常态化开展药品耗材集中带量采购，降低门诊费用负担。科学合理确定医保药品支付标准，引导定点医疗机构和患者优先使用疗效确切、价格合理的药品。

第五章 监督管理

第二十四条 严格执行医保基金预算管理制度，加强基金稽核制度和内控制度建设。

第二十五条 认真贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理

条例》。建立对个人账户全流程动态管理机制，加强对个人账户使用、结算等环节的审核。强化对门诊医疗行为和医疗费用的监管，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务，严肃查处门诊违法违规使用医保基金行为。加强对定点零售药店售药行为的管理，建立健全完善的进销存管理体制机制，严格查处串换药品、销售生活日用品及其他违规行为。

第二十六条 引导医疗资源合理利用。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。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。

第二十七条 参保人员因下列情形发生的门诊医疗费用，基金不予支付：

- （一）医疗保险基金支付范围以外的医疗费用；
- （二）医疗保险基金支付范围以内应当由个人先行自付的医疗费用；
- （三）参保人员或其用人单位未按参保缴费相关规定按时缴费发生的门诊费用；
- （四）非定点医疗机构发生的门诊费用；
- （五）其他不符合医保政策规定的医疗费用。

第六章 组织实施

第二十八条 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，

政策性和技术性强。各县（市、区）人民政府要将此项改革工作纳入保障和改善民生的重点任务，切实加强领导，建立沟通协调和督导落实机制，抓好工作落实。市医疗保障局、市财政局要会同相关部门加强对各地的工作指导，上下联动，形成合力。

第二十九条 医疗保障部门负责制定全市职工基本医疗保险普通门诊共济保障相关政策和做好经办服务工作；卫生健康部门负责加强医疗机构的监管考核，促进定点医疗机构规范诊疗行为，做好处方流转及处方评价工作，推进长处方规范管理工作，为参保人员提供优质医疗服务；财政部门负责做好职责范围内医保基金的监管使用工作，配合医保部门及时结算定点医药机构费用；人力资源社会保障部门负责及时提供我市退休人员基本养老保险平均水平等相关数据；药品监督管理部门和市场监督管理部门负责依职责加强药品生产、流通环节监管及严厉打击倒卖药品等违法行为；税务部门负责做好职工医保费的征收工作。

第三十条 各地要广泛开展宣传，准确解读政策，合理引导预期，凝聚改革共识。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。

第七章 附 则

第三十一条 此前出台的有关普通门诊统筹规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。

第三十二条 本实施细则由市医疗保障局负责解释。

第三十三条 本实施细则自 2022 年 12 月 31 日实施，有效期两年。