安阳市人民政府关于印发《安阳市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（试行）》的通知

（征求意见稿）

各县（市、区）人民政府，市人民政府各部门：

《安阳市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（试行）》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

2022年4月15日

安阳市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（试行）

（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待遇保障问题，切实减轻其医疗费用负担，根据《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）精神，制定本实施细则。

第二条 指导思想。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，落实省委、省政府和市委、市政府部署要求，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，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 基本原则。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同步推进、逐步转换；坚持因地制宜，结合我市实际，研究增强职工医保门诊保障的有效途径。

 第四条 各级医疗保障行政部门负责我市职工医保门诊共济保障的统筹协调工作。各级医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）具体负责门诊统筹资金的筹集、管理和待遇审核、给付等工作。

第二章 保障范围

第五条 建立门诊统筹。参保人员在定点医药机构发生普通门诊费用纳入职工医保门诊统筹支付范围。

第六条 完善门诊慢性病、重特大疾病门诊保障制度。具体办法由市医疗保障部门另行制定。

第三章 保障对象和资金来源

第七条 保障对象。参加我市城镇职工基本医疗保险的人员（以下简称“参保人员”）。

第八条 资金来源。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门诊共济保障，提高参保人员门诊待遇。

第四章 门诊统筹保障水平

第九条 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。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。

第十一条 门诊统筹报销政策

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 起付线（按次收取） | 在职人员报销比例 | 退休人员报销比例 |
| 基层医疗卫生机构(乡镇卫生院和社区卫生服务中心） | 0 | 60% | 70% |
| 二级及以下定点医疗机构 | 30 | 55% | 65% |
| 三级定点医疗机构 | 50 | 50% | 60% |

24小时内在同一医院多次就诊的只记一次起付线。

第十二条 年度累计报销额度。门诊统筹设置医保年度累计最高支付限额，在职人员普通门诊政策范围内医疗费用年度医保统筹最高支付限额1500元，建立个人账户的退休人员普通门诊政策范围内医疗费用年度医保统筹最高支付限额2000元，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。

第十三条 门诊统筹年度最高支付限额在当年度使用，不能结转下一年度，不能转让他人使用。

第十四条 参保人员办理基本医保在职转退休手续的，从办理次月起，为其变更门诊统筹基金支付限额和门诊统筹基金支付比例，一个参保年度内既往已享受待遇合并计息支付限额。

第十五条 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。

第十六条 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。

第五章 个人账户管理

 第十七条 改革职工个人账户计入办法。

（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的2%。

（二）建立个人账户的退休人员，其个人账户由统筹基金按月定额划入，划入额度为2021年基本养老金平均水平的2%。根据国家、省有关规定逐步调整退休人员个人账户划入标准。

（三）灵活就业人员按全省全口径城镇就业人员平均工资的5%缴纳基本医疗保险费。个人账户按本人参保缴费基数的0.8%划入。

（四）未建立个人账户的退休人员可以补缴相应费用，建立个人账户，享受门诊统筹待遇。具体办法由医保部门另行制定。

 第十八条 参加公务员补助保险的参保人员，从补助保险基金划入个人账户比例和办法不变。

第十九条 个人账户的使用范围：

（一）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。

（二）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，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，参加城乡居民基本医疗保险、全民健康补充医疗保险等由政府开展的与医疗保障相关的社会保险的个人缴费，为本人缴纳参加城镇职工大病医疗保险。

第二十条 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。

第二十一条 职工调动时，个人医疗账户原则上随其转移。出国定居、死亡、主动放弃参加职工基本医疗保险，参保人员或者继承人可以申请办理参保人员个人账户一次性支取。

第六章 医药服务和监督管理

第二十二条 健全与门诊共济保障相适应的付费机制。积极探索推进门诊医保支付方式改革。对基层医疗服务可按人头付费；对门诊日间手术、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。科学合理确定医保药品支付标准，通过调整个人自付比例等方式，引导医疗机构和患者主动使用疗效确切、价格合理的药品。具体办法由医保部门会同财政部门适时制定。

第二十三条 将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入门诊保障范围，支持外配处方在定点零售药店结算和配药，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。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。

第二十四条 建立健全与门诊共济保障相适应的监督管理机制，引导医疗资源合理利用，确保医保基金稳定运行，充分发挥保障功能。加强基金稽核制度和内控制度建设。严格控制门诊医疗费增长，严格辅助用药、辅助检查、“大处方”管理。

严格执行医保基金预算管理制度，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。强化对医疗行为和医疗费用的监管，建立医保基金安全防控机制，严厉打击不合理检查用药、个人账户套现等违法违规行为，确保医保基金安全高效、合理使用。创新门诊就医服务管理办法，健全医疗服务监控、分析、考核体系，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

第二十五条 按照全省统一安排部署，逐步完善普通门诊、门诊统筹、门诊慢特病异地就医直接结算管理服务工作机制，切实保障参保人员异地就医权益。

第二十六条 参保人员因下列情形发生的门诊医疗费用，基金不予支付：

1. 不符合基本医疗保险规定支付范围的医疗费用；

（二）参保人员住院期间不享受门诊共济。门诊慢性病、重特大疾病门诊费用不得使用门诊统筹报销。

（三）参保人员所在用人单位或个人待遇暂停时发生的医疗费用；

（四）未遵守因病施治原则，不符合诊疗要求的医疗费用；

（五）其他违反医疗保障规定的费用。

第二十七条 参保人员凭本人社会保障卡或医保电子凭证在门诊统筹定点医疗机构就诊，实行“一站式”结算，参保人员只需支付个人负担的费用，医保基金支付的费用 由参保地医保经办机构与门诊统筹定点医疗机构定期结算。

第二十八条 按规定办理异地就医备案的异地安置退休人员、常驻异地工作人员和异地长期居住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。支付范围按照就医地医保目录，支付比例按我市政策执行。

因特殊情况未能实现直接结算的，先由个人全额垫付，再到参保地经办机构按照有关规定办理手工报销。其门诊费用每年报销一次，报销的有效期为门诊就医费用发生的第二个年度内。

第二十九条 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，规范基层定点医疗机构诊疗及转诊等行为。

第七章 附　　则

第二十九条　根据国家部署、医保基金支付能力、医学技术发展等情况，对门诊共济保障和个人账户相关政策适时进行调整。

第三十条 探索建立激励性报销政策，具体办法由医疗保障部门、财政部门另行制定。

 第三十一条　本办法由市医保局负责解释。

 第三十二条　本办法自2022年7月1日起施行。