

许昌市人民政府办公室文件

许政办〔2022〕24号

许昌市人民政府办公室 关于印发许昌市建立健全职工基本医疗保险 门诊共济保障机制实施细则的通知

各县（市、区）人民政府，市城乡一体化示范区、经济技术开发区、东城区管委会，市人民政府有关部门：

《许昌市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》已经市政府同意，现印发给你们，请结合实际，认真贯彻实施。



2022年6月19日

许昌市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则

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制度，更好解决全市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《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 将门诊费用纳入职工基本医疗保险（以下简称职工医保）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。

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。

第四条 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）具体负责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

第五条 改进个人账户计入办法：

（一）用人单位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）原按 8% 比例缴费的灵活就业人员，其缴费比例不变，个人账户计入标准为本人参保缴费基数的 2% ，其余部分全部计入统筹基金。原按 4.2% 比例缴费的灵活就业人员，可选择按 6% 的缴费比例缴费，也可继续选择按 4.2% 的缴费比例缴费，选择 6% 比例缴费的，不建个人账户，享受门诊统筹；选择 4.2% 比例缴费的，不建个人账户，不享受门诊统筹。原灵活就业人员医疗保险其他管理办法不变。

（三）退休人员（建个人账户的退休人员）个人账户由职工医保统筹基金按定额划入，划入额度为每人每月 60 元。

（四）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门诊统筹，职工医保个人账户计入办法调整与门诊统筹同步实施。

第六条 参加公务员医疗补助的参保人员，从公务员医疗补助资金划入个人账户的比例和办法暂不变。

第七条 规范个人账户使用范围：

（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。

(三) 可以用于配偶、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补助等的个人缴费。

(四) 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。参保人员在办理医保关系转移时，个人账户结余资金可随同转移；对于不具备转移条件或参保人员出国定居、死亡的，本人或继承人可以申请办理个人账户一次性支取。

第九条 医保经办机构要明确内部责任，加强对个人账户使用、结算等环节的审核，加强基金收支信息统计，建立个人账户全流程动态管理机制。

第三章 门诊共济保障待遇

第十条 在门诊慢特病医疗保障工作基础上，将多发病、常见病的普通门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围，建立门诊统筹。

第十一条 门诊统筹执行我市基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围和支付标准等政策规定。

第十二条 职工医保门诊统筹实行定点就医管理，提供我市

职工医保住院服务的定点医疗机构和乡镇卫生院、社区卫生服务中心为我市门诊统筹定点医疗机构（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费用，统筹基金不予支付，由个人全额负担。

逐步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。

第十三条 在待遇享受期内的参保人员，按规定享受门诊统筹保障待遇。一个参保年度内，在门诊统筹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。

第十四条 门诊统筹起付标准按次设定，每次40元，一天内在同一门诊统筹定点医疗机构多次就诊的负担一次起付标准，乡镇卫生院、社区卫生服务中心不设起付标准。

第十五条 一个参保年度内，在职职工（含享受门诊统筹灵活就业人员）门诊统筹年度最高支付限额为1500元/人；退休人员（含享受门诊统筹以灵活就业人员身份退休的人员）门诊统筹年度最高支付限额为2000元/人。2022年门诊统筹年度最高支付限额减半。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。

第十六条 一个参保年度内，参保人员发生的起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内普通门诊医疗费用，由统筹基金按以下比例支付：

(一) 乡镇卫生院、社区卫生服务中心支付比例为：在职职工65%，退休人员75%；

(二) 二级及以下门诊统筹定点医疗机构支付比例为：在职职工55%，退休人员65%；

(三) 三级门诊统筹定点医疗机构支付比例为：在职职工50%，退休人员60%。

第十七条 参保人员在职转退休的，从次月起为其变更个人账户划入额度和办法、最高支付限额和报销比例。一个参保年度内可享受的门诊统筹待遇，按退休人员年度最高支付限额累计计算。

第十八条 门诊统筹年度最高支付限额应在一个参保年度使用，不能结转下一年度，不能转让他人使用。

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。

第四章 医疗服务管理与费用结算

第二十条 参保人员因下列情形发生的门诊医疗费用，统筹基金不予支付范围：

(一) 不符合基本医疗保险规定支付范围的门诊费用；

(二) 未通过医疗保险信息系统直接结算的门诊费用；

(三) 在住院期间发生的门诊医疗费用；

(四) 参保人员所在用人单位或个人待遇封锁期间发生的门诊医疗费用；

(五) 其他违反医疗保障规定的门诊费用。

第二十一条 参保人员门诊统筹、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。

第二十二条 已办理异地就医直接结算备案的参保人员，同步开通门诊统筹异地就医直接结算，参保人员在备案地选择开通门诊统筹异地就医直接结算的医疗机构就诊。门诊统筹异地就医直接结算执行就医地规定的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围和支付标准）；统筹基金起付标准、支付比例、最高支付限额等政策执行我市规定。

第二十三条 门诊共济保障机制建立初期，门诊统筹费用实行按项目付费。随着服务能力的提升，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。

第二十四条 参保人员应凭本人医保电子凭证或社会保障卡在我市门诊统筹定点医疗机构（含异地就医）就诊，接诊医生（医务人员）应核对其身份，并通过医疗保险信息系统直接结算；应由个人负担部分，由个人与医疗机构直接结清；应该由个人账户及统筹基金支付部分，由门诊统筹定点医疗机构记账，医保经办机构按规定与门诊统筹定点医疗机构进行结算。

第二十五条 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。

第五章 监督管理

第二十六条 严格执行医保基金预算管理制度，加强基金稽核制度和内部控制制度。

第二十七条 完善医保定点医疗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。引导定点医疗机构规范诊疗服务，坚持因病施治、合理检查、合理用药。

第二十八条 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》（国务院令735号），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、各县（市、区）政府履行属地责任，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。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。

第六章 附 则

第二十九条 根据国家、省有关规定以及职工医保统筹基金

收支情况和承受能力，市医疗保障部门会同市财政部门可适时适当调整有关规定及其待遇标准。

第三十条 本实施细则由市医疗保障部门负责解释。

第三十一条 本实施细则自2022年7月1日起施行。以前政策规定与本实施细则不一致的，按本实施细则规定执行。

主办：市医疗保障局

督办：市政府办公室四科

抄送：市委各部门，市人大、市政协办公室，军分区。

市法院，市检察院，驻许有关单位。

许昌市人民政府办公室

2022年6月19日印发

