

三门峡市人民政府办公室文件

三政办〔2022〕20号

三门峡市人民政府办公室 关于印发三门峡市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，城乡一体化示范区、开发区管理委员会，市人民政府有关部门：

《三门峡市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》已经市政府第77次常务会议审议通过，现印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。



三门峡市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 为进一步健全多层次职工基本医疗保险（以下简称职工医保）制度体系，落实国家医疗保障待遇清单，补齐门诊保障短板，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）等有关要求，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历次全会精神，深化医疗保障制度改革，推动职工医保门诊保障由个人积累模式转向社会互助共济模式，建立居民和职工分类保障的门诊统筹制度，增强基金门诊保障功能。

第三条 坚持互助共济、共建共享，坚持保障基本、量力而行，坚持平稳过渡、动态调整，坚持建改同步、协调联动，坚持

权利与义务对等、待遇与缴费挂钩。

第四条 医疗保障行政部门（以下简称医保部门）负责统筹推进医疗保障制度改革，履行基金监管主体责任。基本医疗保险经办机构（以下简称医保经办机构）负责资金筹集与管理、服务协议日常管理、费用监控与待遇审核、基金拨付、数据测算与运行分析等经办管理服务等工作。

第二章 普通门诊统筹

第五条 在职工医保制度框架下，在对住院、门诊慢特病保障的基础上，建立普通门诊医疗费用统筹保障制度（以下简称门诊统筹），将多发病、常见病等普通门诊医疗费用纳入职工医保统筹基金支付范围，覆盖职工医保全体参保人员。

第六条 支付范围。门诊统筹执行全省统一的基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医用耗材目录和医疗服务设施范围。支付标准和价格政策执行省、市有关规定。异地就医的，执行国家和省有关规定。

第七条 起付标准。政策范围内医疗费用按次设定起付标准，原则上每次不超过50元。一个自然日内在同一定点医疗机构多次就医结算的，只计一次起付标准。各级别定点医疗机构起付标准分别为：

（一）一级以下基层医疗机构（乡镇卫生院、社区医疗机构

等），不设起付标准；

（二）二级医疗机构，起付标准为30元/次；

（三）三级医疗机构，起付标准为50元/次。

第八条 支付限额。一个医保年度内，在职职工支付限额为1500元/人，退休人员支付限额为2000元/人。门诊统筹支付限额不计入职工医保统筹基金年度支付限额，限额限当年度使用，不结转、不转让。2022年医保年度支付限额按限额标准的50%执行。

第九条 支付比例。一个医保年度内，参保人员发生的起付标准以上、支付限额以下的政策范围内普通门诊医疗费用，由职工医保统筹基金按以下比例支付：

（一）一级以下基层医疗机构（乡镇卫生院、社区医疗机构等），在职职工为65%，退休人员为75%；

（二）二级医疗机构，在职职工为55%，退休人员为65%；

（三）三级医疗机构，在职职工为50%，退休人员为60%。

第十条 参保人员办理职工医保在职转退休手续次月起，享受退休人员支付限额和支付比例，同一个医保年度内历次享受的门诊统筹待遇合并计算，不超出退休人员支付限额。办理退休手续后方在我市参加职工医保的人员，自缴费次月起，在享受退休人员职工医保其他待遇的同时，享受退休人员门诊统筹待遇。

第十一条 享受门诊慢特病（含门诊特药）待遇，或职工医保统筹基金支付生育保险生育医疗待遇中产前门诊检查费用待遇

的，与门诊统筹待遇相互独立、分别结算。普通门诊医疗费用不纳入职工大额医疗费补充保险基金和公务员医疗补助基金支付范围。未享受个人账户待遇的参保人员，不享受门诊统筹待遇。以灵活就业人员身份参加职工医保但未享受个人账户待遇的人员，自按规定补足缴费差额次月起，在享受个人账户待遇的同时享受门诊统筹待遇。

第十二条 按照互补衔接、优化协同的原则，统筹调整普通门诊保障、门诊慢特病保障、住院保障各类待遇保障标准，合理确定待遇保障水平，并在全省统一病种目录框架内逐步规范门诊慢特病病种政策。

第十三条 参保人员职工医保关系处于待遇享受等待期、欠费、暂停、终止、转出统筹区等状态的，不享受门诊统筹待遇。

第三章 个人账户资金管理

第十四条 调整统账结构，改进享受个人账户待遇参保人员个人账户资金计入办法，增加的统筹基金主要用于保障参保人员门诊统筹待遇。

（一）在职职工。个人缴纳的基本医疗保险费计入个人账户，计入标准为本人缴费基数 2% 。单位缴纳的基本医疗保险费全部计入职工医保统筹基金。

（二）以灵活就业人员身份参加职工医保并享受个人账户待

遇的人员。本人缴费基数 2% 计入个人账户，其余基本医疗保险费全部计入职工医保统筹基金。

（三）享受个人账户待遇的退休人员。个人账户由职工医保统筹基金按月定额划入，核定标准为上年度全市全口径基本养老金月平均水平的 2% 。新办理职工医保在职转退休手续的，自办理次月起，按该标准定额划入。

第十五条 规范支付范围。

（一）个人账户资金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，包括住院、门诊慢特病和普通门诊就医经职工医保统筹基金报销后的政策范围内费用。

（二）个人账户资金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，具体办法由市医保部门另行规定。医疗保障信息业务编码贯标工作中纳入河南省映射库目录的药品、医疗器械、医用耗材原则上均纳入支付范围。使用个人账户资金为家庭成员支付在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用的，不计为代付人的门诊统筹待遇就医次数和费用。

（三）个人账户资金可用于支付配偶、父母、子女参加居民基本医疗保险或本人参加职工大额医疗费补充保险等的个人缴费，具体办法由市医保部门另行规定。

第十六条 个人账户资金不得用于公共卫生、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 个人账户资金可以结转使用和继承。

第四章 医疗服务与管理

第十八条 门诊统筹服务由纳入联网直接结算的基本医疗保险定点医疗机构承担，纳入协议管理。自愿参照定点公立医疗机构医疗服务项目管理的定点非公立医疗机构均可开展门诊统筹服务。个人账户资金可在联网基本医疗保险定点医药机构使用。

第十九条 待信息平台搭建和配套管控机制建立完善后，探索逐步将定点零售药店纳入门诊统筹定点范围，提供门诊统筹用药保障服务，执行与开具处方的定点医疗机构级别相对应的门诊统筹待遇标准。探索将符合条件的互联网诊疗服务纳入门诊保障范围。

第二十条 参保人员凭本人社会保障卡或医保电子凭证在定点医药机构实名就医购药，实行联网即时直接结算，个人负担的医疗费用由本人与定点医药机构结清。引导分级诊疗、鼓励基层首诊，在统筹区外异地就医的，应按规定办理备案手续，选择开通基本医疗保险异地就医联网直接结算的定点医药机构就医，按有关政策结算费用。

第二十一条 因下列情形发生的门诊医疗费用，不纳入门诊保障范围：

- (一) 住院期间；
- (二) 在非定点医药机构就医购药；
- (三) 异地就医未按规定办理备案手续；
- (四) 非联网直接结算；
- (五) 其他不符合医疗保障待遇清单、职工医保或门诊统筹规定情形。

第二十二条 医保经办机构负责建立统一规范的经办流程和结算办法,按期对账结算、拨付上解和年终清算。加强内部管理,实施服务优化工程,提升服务便利度。依托全国统一的医疗保障信息平台优化备案手续办理,稳步推进门诊保障医疗费用异地就医直接结算。

第二十三条 创新门诊就医服务管理方式,健全基本医疗服务行为的监控、分析、考核体系。加强协议管理,量化日常履约考核,将考核结果与年终清算、服务质量保证金返还、协议续签等挂钩。定期结算拨付应由职工医保统筹基金支付的门诊统筹相关医疗费用时,预留相应额度的5%作为服务质量保证金。

第二十四条 强化基金使用全流程监督检查,依托医疗保障基金智能审核和监控等技术手段,确保基金合理使用、安全可控。严厉打击各类违法违规行为,经调查属实的,依照《医疗保障基金使用监督管理条例》等规定予以处理。

第二十五条 建立门诊统筹初期实行以按项目付费结算为主的支付方式,根据制度运行情况适时健全付费机制、改革支付方

式。

第五章 附 则

第二十六条 医保部门负责牵头组织职工医保门诊共济保障机制的实施，并根据上级有关要求，综合考虑各种因素，适时完善调整门诊统筹、个人账户、就医管理和异地就医备案等相关政策。财政部门负责医保基金相关管理工作。卫生健康部门负责医疗服务行业管理工作并提供有关医疗统计数据。人力资源社会保障部门负责提供全市基本养老金统计数据。税务等有关部门在职责范围内做好配合工作。

第二十七条 医保部门会同有关部门对政策进行准确解读、广泛宣传、增进共识，完善舆情监测和处置机制，及时回应社会关切。

第二十八条 本实施细则自2022年7月1日起施行。

主办：市医保局

督办：市政府办公室六科

抄送：市委各部门，军分区，部、省属有关单位。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，市检察院。

三门峡市人民政府办公室

2022年6月11日印发

