

甘南州职工基本医疗保险门诊 共济保障实施细则

第一章 总 则

第一条 为进一步完善职工基本医疗保险（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，根据《甘肃省人民政府办公室关于印发甘肃省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法的通知》（甘政办发〔2021〕111号），结合我州实际，制定本实施细则。

第二条 建立职工医保门诊共济保障机制，主要是将门诊医疗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，提高医保基金使用效率，切实减轻参保人员医疗费用负担，实现制度更加公平可持续。

第三条 建立职工医保门诊共济保障机制，坚持保障基本统筹共济，切实维护参保人员权益；坚持平稳过渡，使改革前后待遇顺畅衔接；坚持政策联动，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；坚持因地制宜，从实际出发积极探索增强职工医保门诊共济保障的有效途径。

第四条 本实施细则适用于甘南州职工医保参保人员和参加职工医保的灵活就业人员（以下简称职工）普通门诊医疗费用保障。

第二章 个人账户计入和管理

第五条 改革个人账户计入比例和办法。在职职工、灵活就业人员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；灵活就业人员其 6.5% 划入统筹基金；退休职工个人账户按上年度甘南州基本养老金平均水平的 2% 定额划入，划入标准为每人每月 120 元；在职转退休职工，从次月起执行个人账户计入比例和办法。

第六条 个人账户使用范围：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；定点零售药店购药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门诊、住院就医发生的由个人负担的医疗费用；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；待相关条件具备后，个人账户可用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。

第七条 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障范围的支出。

第八条 有下列情形之一的，个人账户停止划入：在职职工停止缴纳或未按规定缴纳基本医疗保险费的；参保职工（含在职、退休）死亡的。

第九条 改革前个人账户结余仍归参保职工本人所有，可以结转使用和继承。职工跨统筹地区流动时，个人账户基金随同转移。

第十条 异地安置退休人员、异地长期居住人员和常驻异地工作人员居住在未实现门诊异地就医直接结算地区的，经本人申请可将个人账户金额划入本人金融账户。

第十一条 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银行账户；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。参保人因死亡或其他原因终止参保的，所在用人单位应及时为其申报办理终止基本医保关系，未及时申报办理，造成个人账户多划入的部分，经办机构在办理个人账户清户结算时予以扣回，无法扣回的由所在单位负责追回。

第三章 门诊共济保障待遇

第十二条 调整统筹基金和个人账户结构后，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金，增强门诊共济保障功能，提高参保人员门诊待遇。

第十三条 建立职工医保普通门诊医疗费用统筹保障机制。在做好高血压、糖尿病等群众负担较重的门诊慢性病、特殊疾病（以下统称门诊慢特病）医疗保障基础上，逐步将多发病、常见病的普通门诊医疗费用纳入统筹基金支付范围。

第十四条 职工门诊统筹层次和基金支付范围，同职工基本医疗保险保持一致，实行州级统筹。

第十五条 职工在定点医疗机构（急诊、抢救除外）普通门诊发生的，符合三个目录规定的医疗费用，纳入基本医疗保险基金支付范围，乙类按5%先行自付，再按规定比例报销。

第十六条 参保职工普通门诊就医发生的医疗费用，统筹基金支付设立起付标准、报销比例和年度最高支付限额。一个自然年度内，参保职工在定点医疗机构普通门诊累计发生的起付标准以上、最高支付限额以下政策范围内医疗费用，纳入统筹基金支付范围。起付标准为200元，最高支付限额为2500元。统筹基金按以下标准保障：

在一级及以下定点医疗机构就诊的，在职职工报销比例为70%，退休职工报销比例75%。

在二级定点医疗机构就诊的，在职职工报销比例为65%，退休职工报销比例70%。

在三级定点医疗机构就诊的，在职职工报销比例为60%，退休职工报销比例65%。

第十七条 参保人员已办理门诊慢特病的，优先按照门诊慢特病政策予以保障。超出门诊慢特病年度限额后发生的符合门诊慢特病医疗费用，按照普通门诊待遇政策予以保障。

第十八条 职工医保门诊共济保障统筹基金支付限额仅限当年使用，当年度未使用完的额度不结转、不累加到次年度。

第十九条 在职职工医保关系由在职转为退休时，自业务审核办理后次月起按照本细则第五条规定享受退休职工门诊共济保障待遇。

第四章 服务与结算管理

第二十条 下列门诊费用不纳入职工医保门诊共济保障支付范围：

- (一) 应从工伤保险基金中支付的；
- (二) 应由第三人负担的；
- (三) 应由公共卫生负担的；
- (四) 在境外就医的；
- (五) 属于体育健身、养生保健消费、健康体检；
- (六) 在职职工停止缴纳或未按照规定缴纳基本医疗保险费期间发生的门诊费用；
- (七) 职工住院期间发生的普通门诊医疗费用；
- (八) 在门诊慢特病未达到年度限额时发生的门诊慢特病购药费用；
- (九) 已按孕期检查费待遇支付的门诊医疗费用；
- (十) 应由“国家谈判药品”政策支付的、“日间手术”和“日间诊疗”政策支付的费用；
- (十一) 在享受长期护理保险医疗专护、机构护理（康复中心、护理机构、养老机构）待遇期间发生的普通门诊医疗费用；

(十二) 国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

第二十一条 参保人员凭本人的医保电子凭证或社保卡在门诊统筹定点医疗机构发生的政策范围内普通门诊费用, 应由个人负担的部分, 使用个人账户或现金与定点医疗机构结算; 应由统筹基金负担的部分, 由定点医疗机构按月与医保经办机构结算。

第二十二条 参保人员在甘南州域外门诊就医时, 可在就医地所有开通异地门诊费用直接结算的定点医疗机构, 通过医疗保障信息平台直接联网结算。因特殊情况未能实现联网直接结算的, 先由个人全额垫付, 再到参保地医保经办机构办理手工零星报销。

第二十三条 对职工本人在定点医疗机构门诊所需用药无法满足时, 可持外配处方在符合条件的定点零售药店结算和配药, 支付比例按照职工门诊就诊三级医疗机构标准, 在职职工报销比例为 60%, 退休职工报销比例 65% 执行。

第二十四条 职工医保普通门诊统筹实行定点医疗机构协议管理。由医保经办机构与职工普通门诊统筹定点医疗机构签订协议, 贯彻落实协商谈判机制。加大药品集中带量采购力度, 将优先使用中选药品、医保目录药品(医用耗材)、控制自费比例、严禁诱导院外购药、违规开具大处方等纳入协议管理, 严把医疗服务入口关, 将“技术好、服务优、价格低、布局合理”作为前置条件, 严格评审评估标准, 强化协议条款及指标约束作用。相关

条件具备后，将符合条件的“互联网+”门诊医疗服务纳入门诊共济保障范围，支付比例按互联网医院依托的实体医疗机构级别执行。实体医疗机构应为医保定点医疗机构。

第五章 监督管理

第二十五条 加强医保基金预算管理 with 基金稽核制度、内部控制制度建设，确保基金稳健运行，充分发挥保障功能。

第二十六条 建立对个人账户和门诊共济保障的全流程动态管理机制，对改革后门诊结算人次增长快、按限额支付占比高等异常情况加强监控。进一步健全医保基金安全防控机制，适应职工医保门诊共济保障机制建设，充分运用智能监控系统、实地稽核、第三方监管等措施，强化对医疗行为和医疗费用监管，严厉打击各类欺诈骗保行为，确保基金安全高效、合理使用。就医地医保部门将异地门诊就医、个人账户使用等同步纳入监管范围。

第二十七条 创新门诊就医服务管理办法，加强定点医疗机构的门诊、住院人次比、大型医疗设备检查率、医保药品配备使用率等指标监测，定期统计、分析与比较，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

第二十八条 完善与门诊共济保障相适应的付费机制。对门诊医疗服务可按人头付费，积极探索按人头付费与慢性病管理相结合；适时实施门诊 DIP 支付方式改革；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。

第二十九条 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，引导定点医疗机构主动使用疗效确切、价格合理的药品。

第三十条 建立医保基金安全防控机制。

(一) 严格贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，加强对定点机构医疗行为和医疗费用的监管，严把基金运行的安全关，坚持医保基金监管高压态势，实现医保基金全链条、全覆盖、全方位、全过程监管，严厉打击欺诈骗保行为。

(二) 压实医疗机构服务主体责任、卫生健康部门行业主管责任、医保部门监管责任、市县属地责任，落实卫生健康、公安、市场监管、审计等有关部门协同监管责任，严肃查处定点医疗机构、参保人、医保经办机构违法违规行为。重点查处医疗机构冒名顶替、虚构医疗服务、伪造医疗文书或票据，虚记多记药品、医用耗材、诊疗项目费用，“术中加价”、夸大病情或疗效等欺骗、诱使、强迫患者接受诊疗和消费等违法违规行为。严肃查处超疗程、超剂量用药，使用与基本治疗无关药物和不规范使用辅助用药等大处方行为。

第三十一条 加强宣传引导，准确解读政策，大力宣传基本医疗保险共建共享、互助共济的理念，广泛开展对医保经办机构、定点医药机构等政策培训，建立舆情监测和处置机制，积极回应社会关切，营造良好氛围。

第六章 附则

第三十二条 本细则涉及的统筹政策、待遇标准根据国家、省上政策规定和基本医保基金运行情况适时调整。

第三十三条 本细则由州医疗保障局、州财政局负责解释，自2023年1月1日起执行。原有政策规定与本实施细则不一致的，按本实施细则执行。

抄送：州委办公室，州人大常委会办公室，州政协办公室，州委各部门，州法院，州检察院。

甘南州人民政府办公室

2022年8月23日印发

共印124份

