

开封市人民政府办公室文件

汴政办〔2022〕33号

开封市人民政府办公室 关于印发开封市职工基本医疗保险门诊共济保障 机制实施办法的通知

各县、区人民政府，市人民政府各部门，各有关单位：

《开封市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法》已经市政府常务会议通过，现印发给你们，请认真贯彻落实。

2022年6月17日

开封市职工基本医疗保险门诊共济保障机制 实施办法

第一章 总 则

第一条 为进一步健全我市互助共济、责任共担的职工基本医疗保险（以下简称职工医保）制度，更好解决职工医保门诊保障问题，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），制定本实施办法。

第二条 以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持“以人民健康为中心”的理念，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，加快医疗保障重点领域和关键环节改革。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 坚持保障基本，实行统筹共济，切实维护参保人员权益。坚持平稳过渡，保持政策连续性，确保改革前后待遇顺畅衔接。坚持协同联动，健全门诊保障机制和改进个人账户制度同

步推进。

第四条 本实施办法适用于我市职工医保参保人员。

第五条 市医疗保障行政部门负责我市职工医保门诊共济保障的管理协调工作，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、支付等工作。

第二章 普通门诊统筹制度

第六条 提高职工医保参保人员门诊待遇，建立普通门诊统筹制度。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)医疗保障工作的基础上，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。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职工医保普通门诊统筹制度。

第七条 符合享受职工医保住院统筹待遇的参保人员可享受普通门诊统筹待遇。

第八条 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。

第九条 普通门诊统筹实行定点医药机构就医管理，设定起付标准和最高支付限额。起付标准按次设定，按照门诊统筹定点医疗机构级别，分别为三级 50 元、二级 40 元、一级及基层(指

乡镇卫生院和社区卫生服务中心) 不设起付标准。一天(一个自然日)内在同一机构多次就诊的,只记一次起付标准。

最高支付限额设定月限额及年限额,在职职工和退休人员月度最高支付限额分别为 150 元、200 元,年度最高支付限额分别为 1000 元、1500 元。最高支付限额额度当期使用,不累计结转。2022 年门诊统筹年度最高支付限额减半。

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,由统筹基金按比例支付,在职职工按规定在三级定点医疗机构门诊就医支付比例为 50%,在二级定点医疗机构门诊就医支付比例为 55%,在一级及基层定点医疗机构(指乡镇卫生院和社区卫生服务中心)门诊就医支付比例为 60%。退休人员的支付比例高于在职职工 10 个百分点。

第十条 参保人员住院期间不同时享受普通门诊统筹待遇。

第十一条 普通门诊统筹支付限额单独计算,不与职工医保统筹基金年度最高支付限额累计。

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。

第十二条 参保人员办理职工医保在职转退休手续的,从其享受退休人员医疗保障待遇之日起,变更其普通门诊统筹支付限额和支付比例。一个参保年度内既往已享受待遇合并计算

年度支付限额。

第十三条 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。

第十四条 逐步完善门诊慢特病保障政策措施，根据我市医保基金承受能力，逐步扩大由统筹基金支付的门诊慢特病病种范围。

第十五条 在实施职工医保普通门诊统筹制度的同时，加强与住院费用支付政策的衔接，结合门诊统筹年度最高支付限额，适当调整职工医保住院起付标准，适当拉开不同级别医疗机构住院起付标准差距。同步完善城乡居民基本医疗保险门诊统筹，逐步提高保障水平。

第三章 个人账户管理和使用

第十六条 改进个人账户计入办法。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的 2%，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金；灵活就业参保人员个人账户计入标准为本人参保缴费基数²的 2%，其余基本医疗保险缴费部分全部计入统筹基金；退休人员个人账户由统筹基金按月定额划入，划入额度为 2021 年开封市退休人员基本养老金月平均水平的 2%左右，具体标准为 60 元/月。

参保人员在职转退休，从其享受退休人员医疗保障待遇之

日起，为其变更个人账户计入办法。

单建统筹人员不建立个人账户。

第十七条 规范个人账户使用范围。个人账户主要用于支付参保人员在定点医药机构发生的政策范围内自付费用。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。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或本人参加职工大额医疗费用补助等的个人缴费。

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。

第十八条 个人账户资金可以结转使用和继承。职工医保关系迁移到其他统筹地区的，个人账户资金随其医疗保险关系转移划转。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。

第四章 医疗服务与就医管理

第十九条 普通门诊统筹定点医药机构由医保经办机构按协议管理。

参保人员应凭本人医保电子凭证或社会保障卡在本统筹区

普通门诊统筹定点医药机构就医购药，发生的门诊费用通过医疗保障信息平台直接结算。

参保人员在本统筹区非门诊统筹定点医药机构发生的门诊费用，统筹基金不予支付。

第二十条 参保人员根据病情需要可自愿选择定点医疗机构就医，鼓励首选基层医疗机构。

第二十一条 参保人员在本统筹区普通门诊统筹定点医药机构发生的政策范围内的普通门诊费用，应由统筹基金支付的部分，由医保经办机构按结算规定与医药机构结算，应由个人负担的部分，可由个人账户或自费支付。

第二十二条 异地安置退休人员、异地长期工作人员和异地长期居住人员（统称为异地居住人员），按规定办理异地就医备案手续后，应在备案地选择开通异地就医门诊统筹直接结算的定点医疗机构就医。

按照国家、省医疗保障信息平台建设的统一部署，稳步推进门诊费用异地就医直接结算。

第二十三条 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。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，通过处方流转平台实现定点零售药店普通门诊统筹费用结算，

充分发挥定点零售药店便民、可及的作用。

第二十四条 健全与门诊共济保障相适应的付费方式。门诊共济保障机制建立初期，普通门诊统筹费用实行总额预算下按项目付费。积极探索门诊统筹综合支付方式改革，推动门诊按人头包干与门诊病例分组（APG）相结合、按人头付费与慢性病管理相结合的付费方式；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。具体支付办法由医保部门另行制定。

第五章 管理与监督

第二十五条 建立对个人账户全流程动态管理机制，加强个人账户使用、结算等环节的审核。

第二十六条 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。

第二十七条 完善医保定点医药机构服务协议管理办法，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。

第二十八条 严格执行医保基金预算管理制度，做好收支信息统计。加强基金稽核制度和内控制度建设，防范化解内部监管风险，确保基金稳定运行。

第二十九条 建立医保基金安全防控机制，加强对定点机构医疗行为和医疗费用的监管。严厉打击诱导住院、不合理检查用药、个人账户套现等违法违规行为。

第三十条 医保部门牵头做好建立健全职工医保门诊共济保障机制相关工作；财政、卫生健康和人力资源社会保障等部门按照部门职责，做好医保基金管理使用、规范定点医疗机构诊疗行为、及时提供本统筹区退休人员平均基本养老金数据等相关工作。

第六章 附 则

第三十一条 市医疗保障部门协同有关部门结合我市经济社会发展水平、医疗费用支出情况、职工医保基金承受能力和保障水平等综合因素，适时适度调整门诊统筹待遇标准、个人账户管理使用办法。

第三十二条 本实施办法自 2022 年 7 月 1 日起执行。此前规定与本办法不一致的，以本办法为准。国家、省有新规定的，从其规定。

主办：市医保局

督办：市政府办公室七科

抄送：市委办公室，市人大常委会办公室，市政协办公室。

开封市人民政府办公室

2022年6月17日印发

