

襄阳市人民政府办公室文件

襄政办发〔2022〕46号

市人民政府办公室关于印发 襄阳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、开发区管委会,市政府各部门:

《襄阳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》已经市人民政府同意,现印发给你们,请遵照执行。



襄阳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(以下简称职工医保)制度,更好解决我市职工医保参保人员门诊保障问题,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《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》(鄂政办发〔2022〕25号)要求,结合我市实际,制定本细则。

第二条 坚持保障基本,实施统筹共济,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,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。坚持公平适度,在全省整体制度设计的框架内,全市门诊共济保障政策规范统一。

第三条 本细则适用于我市全体职工医保参保人员,包括在职职工、退休人员和灵活就业人员及其他参加职工医保人员。

第二章 个人账户计入和管理

第四条 随用人单位参加职工医保的在职职工,个人账户计

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。

第五条 以统账结合方式参加职工医保的灵活就业人员缴费率为 10% ，个人账户计入标准为本人参保缴费基数的 2% ，其余全部计入统筹基金。

第六条 以单建统筹方式参加职工医保的人员，参保缴费费率为 8% ，不计入个人账户，缴费全部计入统筹基金。

第七条 退休人员个人账户由职工基本医疗保险统筹基金按定额划入，划入标准为每人每月 95 元。

第八条 因流动就业、就业状态变化等在不同时间段分别以统账结合、单建统筹方式参加职工医保的人员，退休后按第七条规定执行。

第九条 达到法定退休年龄，但未达到参保缴费规定年限进行补缴的职工，按统账结合缴费的，其个人账户计入标准为其参保缴费基数的 2% ；按单建统筹缴费的不计入个人账户。

第十条 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。在实现信息系统支撑的前提下，实现个人账户可以用于支付本人及其配偶、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。

第十一条 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。探索个人账户可用于本人参加职工大额医疗费用补助、长期护理保险等个人缴费,以及配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、长期护理保险等个人缴费。

第十二条 参保职工死亡的,其个人账户余额可一次性支付给其法定继承人或指定受益人。对出国、出境定居的职工医保参保人员,个人账户余额经本人申请可以支付给本人。

第三章 普通门诊统筹待遇

第十三条 职工医保门诊统筹所需资金从职工基本医疗保险统筹基金中支出,用人单位及职工医保参保人员不再另行缴费。

第十四条 建立职工医保普通门诊统筹制度,将参保职工在定点医药机构发生的政策范围内的普通门诊(含急诊)医疗费用纳入门诊统筹保障范围,一个自然年度,累计超过普通门诊统筹起付标准以上、最高支付限额以下的部分,由医保基金按比例支付,具体标准如下:

(一)起付标准。在职职工起付标准为 500 元,退休人员起付标准为 400 元。一个自然年度内,职工退休前和退休后的门诊统筹起付标准连续计算。

(二)支付比例。在职职工在一级定点医疗机构支付比例为 70%,二级定点医疗机构支付比例为 60%,三级定点医疗机构支付比例为 50%。退休人员在一级定点医疗机构支付比例为 80%,二

级定点医疗机构支付比例为 70%，三级定点医疗机构支付比例为 60%。

(三)最高支付限额。在职职工年度最高支付限额为 2700 元；退休人员年度最高支付限额为 3100 元。普通门诊统筹的最高支付限额合并计入职工医保统筹基金最高支付限额，只限当年使用，不得结转累加到次年。

第十五条 为保证退休人员普通门诊统筹即时结算，参保单位和个人应及时办理医保退休身份转换和缴费年限核定缴费手续，自缴费到账之日起享受退休人员普通门诊统筹待遇。

第十六条 职工门诊慢特病、“双通道”药品及生育门诊医保待遇仍按现行政策执行。

第十七条 普通门诊费用不纳入门诊慢特病支付范围，门诊慢特病费用不纳入普通门诊统筹支付范围。未达到门诊慢特病规定标准的高血压、糖尿病职工医保患者的门诊用药通过普通门诊统筹和个人账户给予保障。参保患者门诊(急诊急救)确诊需转本院住院的，该次门诊(急诊急救)的医疗费用并入住院费用。

第十八条 根据全市医保基金运行情况，适时调整职工医保普通门诊统筹的起付标准、支付比例和最高限额，调整时由市医疗保障部门会同市财政部门制定调整方案，报市政府批准后实施。

第四章 服务与结算管理

第十九条 参保人员在定点医疗机构普通门诊就医的，凭医

保电子凭证或社会保障卡按规定结算个人负担费用;属于统筹基金支付部分,由医保经办机构与定点医药机构进行结算。

第二十条 按规定办理异地就医手续的参保职工,在备案地定点医疗机构实行联网结算,未直接联网结算并符合普通门诊统筹保障范围内的医疗费用,先由个人自付,然后凭身份证复印件、门诊病历、门诊收费票据、门诊费用清单、个人医保账户(个人银行账号),向参保地医保经办机构申请费用结算。

第二十一条 参保人员在定点医疗机构门诊所需用药无法满足时,支持参保人员持处方或电子处方流转在符合条件的定点零售药店配药和结算,支付比例按为其出具处方的定点医疗机构级别执行。

第二十二条 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。

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,支持外配处方或流转电子处方在定点零售药店配药、结算。选择资质合规、管理规范、信誉良好,并且满足对所售药品实现电子追溯等条件的定点零售药店,开展谈判药品“双通道”管理。

第二十四条 建立完善门诊共济支付方式。普通门诊统筹实行总额预算下,按人头付费、项目付费和按病种或按疾病诊断相关分组付费等多种支付方式相结合的复合型支付方式。

第五章 监督保障与实施

第二十五条 严格执行医保基金预算管理制度,加强基金稽核制度和内控制度建设。建立对普通门诊统筹、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。

第二十六条 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》(国令第735号),加强对门诊医疗行为、售药行为、就医购药行为的监管;严格查处定点零售药店串换药品、销售生活日用品及其他违规行为,严厉打击欺诈骗保行为,确保基金安全高效、合理使用。

第二十七条 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。

第二十八条 医疗保障部门负责做好职工医保门诊共济保障机制的政策制定、经办服务等工作;卫生健康部门负责规范定点医疗机构诊疗行为,做好医疗机构的监管考核、处方流转和处方评价工作,推进长处方规范管理工作;财政部门负责做好职责范围内医保基金的监管使用工作,配合医保部门及时结算定点医药机构费用;人力资源和社会保障部门负责及时提供统筹区退休人员基本养老保险平均水平等数据;药品监管部门和市场监管部门按照各自单位职能负责加强药品生产、流通环节监管,严厉打击倒卖药品等违法行为;税务部门负责做好职工医保费的征收工作。

第二十九条 创新宣传方式,广泛开展宣传,准确解读政策。大力宣传医疗保险共建共享、互助共济的重要意义。建立舆情监测和处置机制,及时回应社会关切,营造良好氛围。

第六章 附 则

第三十条 本细则由市医疗保障局负责解释。

第三十一条 本细则自 2022 年 12 月 31 日起执行,有效期 5 年。本细则施行后,我市已出台的有关职工医保政策规定与本细则不一致的,以本细则为准。国家、省出台新规定的,从其规定。

抄送: 市委各部门, 襄阳军分区, 各人民团体。
市人大常委会办公室, 市政协办公室, 市法院, 市检察院。

襄阳市人民政府办公室

2022 年 12 月 28 日印发
