**菏泽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**

（征求意见稿）

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，优化医保基金使用结构，提升医保基金使用效益，更好解决参保人员门诊保障问题，切实减轻参保人员门诊医药费用负担，根据《山东省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施方案》（鲁政办发〔2021〕22号）要求，结合我市实际，制定本实施细则。

**第二条** 本细则适用于参加我市职工医保的参保人员。

**第三条** 坚持尽力而为、量力而行，人人尽责、人人享有，促进制度更加公平、更可持续；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，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。

**第四条**  医保部门牵头做好建立健全职工医保门诊共济保障机制工作；财政部门配合做好医保基金的监督管理工作;税务部门做好医疗保险费的征收工作；卫生健康部门加强医疗机构的监管考核，促进定点医疗机构规范诊疗行为;市场监管部门加强药品流通、使用环节监管，严厉打击非法渠道购进药品等违法行为。

第二章 门诊共济保障待遇

**第五条**  完善职工医保普通门诊统筹保障机制。逐步将多发病、常见病的普通门诊医药费用纳入统筹基金支付范围，公平普惠保障人民群众基本门诊医疗需求。执行全省统一的医疗保障待遇清单制度，确保我市普通门诊统筹在保障内容和待遇支付方面的统一，并做好与门诊慢特病和住院待遇支付政策的衔接。

**第六条**  同步建立完善居民医保门诊统筹机制。稳步提高居民普通门诊保障水平，普通门诊统筹基金最高支付限额为200元；到2025年，普通门诊报销额度在2020年基础上提高50%左右。进一步扩大由统筹基金支付的门诊慢特病病种范围，稳步提高支付比例，惠及更多参保群众，2025年门诊慢特病医保支付比例不低于65%。

**第七条** 科学设定职工普通门诊统筹待遇支付政策。合理确定职工医保门诊统筹基金年度起付标准、支付比例和最高支付限额，并适时进行调整。

（一）起付标准。职工医保门诊统筹起付标准实行当年度累计计算。参保人员在一、二、三级定点医疗机构门诊就医，医疗保险统筹基金支付的起付标准分别为200元、300元、400元。

（二）支付比例。参保人员政策范围内通门诊医疗费用，在起付标准以上至最高支付限额以下的部分，在职职工在一、二、三级定点医疗机构的基金支付比例分别为80%、70%、60%，退休人员分别提高5个百分点。

（三）最高支付限额。一个医疗年度内，参保人员政策范围内普通门诊医疗费用统筹基金最高支付限额为2000元。

**第八条**  规范完善职工门诊慢特病病种和做好医保政策衔接。

（一）根据全省统一的门诊慢特病基本病种要求和认定标准，落实好职工门诊慢特病保障待遇，切实减轻参保人员门诊慢特病医疗费用负担。

（二）职工普通门诊统筹与门诊慢特病医保待遇可同时享受，起付标准和最高支付限额分别计算。参保人员住院期间发生的普通门诊和门诊慢特病医药费用，不纳入统筹基金支付范围；参保人员住院当日的门急诊医药费用纳入当次住院费用合并结算。享受长期护理保险机构护理、居家护理待遇期间发生的普通门诊和门诊慢特病医药费用，纳入统筹基金支付范围。职工普通门诊统筹费用不纳入职工大病保险的保障范围。

第三章 个人账户计入和使用

**第九条** 改进职工医保个人账户计入办法。

（一）个人账户计入办法调整与健全门诊共济保障机制同步实施。在职职工个人缴纳的基本医疗保险费全部划入本人个人账户，标准原则上控制在本人参保缴费基数的2%。2022年年底前，将单位缴纳的基本医疗保险费计入在职职工个人账户部分调减到现行标准的50%。具体调整办法：35岁及以下的、划入比例由0.7%调整为0.35%，36岁至45岁的、划入比例由1%调整为0.5%，46岁及以上的、划入比例由1.3%调整为0.65%。退休人员个人账户计入政策保持不变。

（二）2024年1月起，在职职工单位缴纳的基本医疗保险费不再划入个人账户，全部计入统筹基金；退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，70周岁以下退休人员，划入额度统一调整为统筹地区2023年度基本养老金平均水平的2%，70周岁及以上退休人员，划入额度统一调整为统筹地区2023年度基本养老金平均水平的2.5%。在职转退休的职工，从次月起个人账户按退休人员标准划入。灵活就业人员按规定享受退休人员基本医疗保险待遇的，个人账户政策按本规定标准执行。

**第十条** 规范个人账户使用与管理。

（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。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，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，配偶、父母、子女参加居民基本医疗保险、长期护理保险、政府指导的普惠型商业医疗保险等的个人缴费。

（二）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；不得提取现金。

（三）个人账户基金与基本医保统筹基金，分别管理、独立核算，不得相互挤占、挪用。

第四章 医疗服务管理与费用结算

**第十一条** 门诊统筹定点医疗机构实行协议管理。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，严格评审评估标准，将优先使用医保目录药品（医用耗材、诊疗项目）、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，强化协议条款及指标约束作用。

**第十二条**　拓宽门诊用药保障渠道。支持外配处方在定点零售药店配药结算，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，执行与定点医疗机构统一的门诊支付政策，年度起付标准和年度最高支付限额与定点医疗机构合并计算。

**第十三条** 就医实行实名认证。参保人员在定点医疗机构就医时，应出具本人医保电子凭证或社会保障卡等身份认证凭证。接诊医生应认真核对其身份，确保人证相符。

**第十四条** 门诊费用实行联网即时结算。参保人员在定点医疗机构发生的门诊费用，实行联网即时结算，参保人员只支付个人负担部分，其余部分由医保经办机构与定点医疗机构结算。调整完善普通门诊市内和跨市异地就医统筹支付政策，改革简化异地就医人员分类和备案。参保人员在定点医疗机构门诊就医的，市域外不能联网结算的符合规定的普通门诊医疗费用，由参保所属地经办机构予以手工报销。

**第十五条** 开展“智慧医保”服务。逐步将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入医疗保障支付范围，以医保电子凭证为介质打通慢特病复诊医保线上支付渠道，实现线上挂号、在线复诊、在线续方、处方流转、医保支付、药品配送上门等服务功能。

**第十六条** 统一医保支付范围。职工和居民医保门诊统筹执行全省的医疗保险药品目录、诊疗目录、医用耗材目录和医疗服务设施范围目录。医疗机构在使用医保范围外项目时，应告知患者或其亲属。超出目录范围的费用，医保基金不予支付。

**第十七条**  促进分级诊疗。做好家庭医生签约服务与普通门诊、门诊慢特病管理措施的衔接，引导参保人员在基层就医首诊，促进基层医疗卫生服务体系健全完善。

**第十八条** 门诊统筹定点医疗机构考核管理。完善医保定点医药机构考核管理办法，常态化监测医药费用增长快、次均费用高、患者自费比例高、检查费用占比高、目录外项目使用多等异常指标，引导定点医疗机构规范诊疗服务。

第五章 基金监督管理

第十九条健全监督管理机制。建立健全与门诊共济保障相适应的基金管理制度和稽核检查机制，落实定点医药机构主体责任。定点医药机构应当严格遵守基本医疗保险和医疗卫生的各项法律、法规和政策规定，落实就医实名制，严格掌握适应症，做到因病施治、合理诊疗，积极宣传医保政策规定。严肃查处门诊过度诊疗、不合理用药和利用职工医保个人账户、普通门诊报销额度套取骗取医保基金等违法违规行为和问题，确保基金安全高效、合理使用。完善门诊就医服务监控分析机制，引导定点医药机构规范提供诊疗服务。

第二十条严格执行医保基金收支管理，加强对个人账户使用、结算等环节的审核，做好收支信息统计。完善个人账户省内和跨省结算智能监控平台、“一卡通行”定点医药机构动态维护机制、常态化巡检机制、应急处置机制。完善门诊就医服务监控分析机制，引导定点医药机构规范提供诊疗服务。

第六章 附则

**第二十一条**市医保局、市财政局可根据上级部署、医保基金支付能力等情况，对门诊统筹保障待遇标准进行调整。

**第二十二条** 本细则自2022年12月20日起施行，有效期至2027年12月19日。