

# 新蔡县人民政府办公室文件

新政办〔2022〕28号

## 新蔡县人民政府办公室 关于印发新蔡县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

各乡镇人民政府、街道办事处，县直各有关单位：

《新蔡县建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》已经县政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。



# 新蔡县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，更好解决职工医保参保人员门诊保障问题，切实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）、《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）和《驻马店市人民政府关于印发驻马店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》（驻政办〔2022〕42号）文件精神，结合我县实际，制定本实施细则。

**第二条** 按照县级统筹、分级管理、责任分担的原则，建立保障基本、统筹共济的职工医保门诊保障制度。遵循保障基本、平稳过渡、协同联动、因地制宜的原则，妥善处理好改革前后的政策衔接，确保参保人员待遇平稳过渡。

**第三条** 本细则所指的普通门诊统筹适用于全县城镇职工基本医疗保险全体参保人员。

**第四条** 县医疗保障行政部门牵头做好职工医保普通门诊统筹相关工作。财政、卫健体、人社等部门要根据工作职责，做好医保基金使用管理、规范定点医疗机构诊疗行为、及时提



供退休人员平均基本养老金数据等工作。医保经办机构具体承办职工门诊共济制度的实施工作。建立统一规范的经办流程，完善内部考核和费用结算办法，提高经办服务效率。

## 第二章 个人账户建立、使用和管理

### 第五条 改革职工医保个人账户计入办法

（一）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<sub>的</sub>2%，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

（二）退休人员个人账户由统筹基金按月定额划入，划入额度为新蔡县实施改革上一年度基本养老金月平均水平的2%（经测算，每人每月划入额度为60元）。

### 第六条 严格个人账户使用管理。个人账户的使用范围包括：

（一）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。

（二）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。

（三）可用于支付配偶、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。

**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险保障范围的支出。

**第八条** 参保人员办理基本医保关系在职转退休，从办理之日次月起，为其变更个人账户划入额度。

**第九条** 个人账户资金可以结转使用和继承。职工调离本统筹区时，个人账户结余资金可随同转移或一次性拨付给本人。

### 第三章 门诊共济保障待遇

**第十条** 职工医保普通门诊统筹就医实行定点就医，即时结算，欠费期间暂停普通门诊统筹待遇。统筹基金支付设立起付标准和年度最高支付限额。

#### （一）起付标准

乡镇卫生院（社区卫生服务中心）和基层卫生诊所就医不设起付标准；二级及以下定点医疗机构就医起付标准为每次 30 元，三级定点医疗机构就医起付标准为每次 50 元。

#### （二）支付限额

一个参保年度内，在职职工普通门诊统筹年度最高支付限额为 1500 元，退休人员年度最高支付限额为 2000 元。普通门诊统筹支付限额不计入职工医保统筹基金年度最高支付限额。

#### （三）支付比例

起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内普通门诊发生的医疗费用，由职工医保统筹基金按比例支付。具体为：三级定点医疗机构就医支付比例为 50%，二级及以下定点医疗机构就医的支付比例为 55%。退休人员的支付比例高于在职职工 10%。



参保人员办理家庭医生签约后，在签约的基层医疗机构发生的普通门诊医疗费用，支付比例在以上基础上提高 5%。

**第十一条** 职工医保门诊共济统筹支付范围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。

**第十二条** 参保职工在我县以外其他统筹区就医就诊时，普通门诊统筹待遇不变。

**第十三条** 参保人员办理基本医保关系在职转退休，从办理之日次月起，为其变更统筹基金支付比例和年度最高支付限额。

**第十四条** 职工医保普通门诊统筹和门诊慢特病医保待遇按照保障范围同时享受。普通门诊统筹支付限额不计入职工医保统筹基金年度最高支付限额。

**第十五条** 职工医保普通门诊统筹不予支付的范围：

- (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) 参保人员在住院期间发生的门诊医疗费用。
- (六) 参保人员所在用人单位或个人待遇暂停期间发生的医疗费用。
- (七) 参保人员在非门诊统筹定点医药机构发生的门诊医疗费用。
- (八) 长期异地居住人员在备案居住地非门诊统筹定点医疗机构发生的门诊医疗费用。
- (九) 其他有关规定不予支付的。

## 第四章 医疗服务与就医管理

**第十六条** 参保人员在县内定点医药机构门诊就医，持社会保障卡或医保电子凭证直接结算。

**第十七条** 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，按规定办理异地就医备案手续后，应在居住地优先选择开通异地就医门诊直接结算的定点医疗机构就医。在未开通异地就医门诊直接结算的定点医疗机构就医的，发生的应由医保统筹基金支付的费用，由参保人员全额垫付，并及时向参保地医保经办机构申请报销，最晚不得超过次年6月。

**第十八条** 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，支持外配处方在定点零售药店结算和配药，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。不断健全门诊共济保障机制，逐步由病种保障向费用保障过渡。

**第十九条** 规范定点医药机构医疗服务行为。定点医疗机构在参保人员就医过程中要因病施治，严格掌握适应症，做到合理诊疗、合理收费。定点零售药店要严格处方审核，并及时向医保经办机构上传参保人员购买药品的品种、规格、价格及费用信息。

**第二十条** 健全与门诊共济保障相适应的付费方式。对基层医疗服务可按人头付费，探索将按人头付费与慢性病管理相结合；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。

**第二十一条** 科学合理确定医保药品支付标准。做好药品集中采购中选价格与医保支付标准协同，对医保目录内的集中带量采购药品，以中选价格为医保支付标准。对同一通用名下的原研药、参比制剂、通过一致性评价的仿制药，以集中采购中选价格为该通用名药品的支付标准。

**第二十二条** 结合全国统一的医疗保障信息平台建设，做好定点医疗机构跨省异地就医普通门诊费用直接结算数据接口改造及交叉测试工作，实现跨省异地就医普通门诊费用直接结算。

## 第五章 管理与监督

**第二十三条** 建立对个人账户全流程动态管理机制

（一）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。

（二）建立健全基金经办内部控制制度，完善经办和稽核、会计和出纳、业务和财务、信息和业务等不相容岗位相互制约机制，防范化解内部监管风险。加强信息化建设，加强对个人账户基金使用的监控稽核。

**第二十四条** 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》，加强对定点医药机构医疗行为和医疗费用的监管，实现医保基金全领域、全流程、全

方位监管。严肃查处定点医药机构、参保人员、医保经办机构违法违规行为。

### **第二十五条 健全医疗服务监控、分析和考核体系**

（一）完善医保定点医药机构服务协议管理办法，将优先使用医保目录药品（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，强化协议条款及指标约束作用。

（二）建立医疗服务监控预警和分析考核制，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。

（三）量化医保协议日常监管考核，将考核结果与医保的费用年终清算、质量保证金的退还、协议续签和终止等挂钩，激励医药机构加强自我管理，规范诊疗行为，发挥基金监管激励和约束作用。

## **第六章 附 则**

**第二十六条** 由县医保部门牵头，根据国家部署、医保基金支付能力、医学技术发展等情况，适时调整有关政策。

**第二十七条** 本细则自 2022 年 7 月 1 日起施行。