

上饶市人民政府办公室

饶府办发〔2022〕12号

上饶市人民政府办公室关于印发上饶市职工 基本医疗保险门诊共济实施细则的通知

各县（市、区）人民政府，上饶经济技术开发区、三清山风景名胜
区、上饶高铁经济试验区管委会，市政府各部门：

《上饶市职工基本医疗保险门诊共济实施细则》已经市政府
同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

上饶市人民政府办公室

2022年11月23日

（此件主动公开）

上饶市职工基本医疗保险门诊共济实施细则

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，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）和《江西省人民政府办公厅关于建立健全江西省职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》（赣府厅发〔2021〕47号）文件精神，现结合我市实际，制定本细则。

第二条 本市行政区域内职工基本医疗保险参保人员适用本细则。

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。

第四条 职工门诊共济保障实行市级统收统支，市、县（市、区）两级经办管理，全市统一规范保障范围、待遇水平、经办流程、基金管理和信息系统。

第五条 全市各级医疗保障行政部门负责职工门诊共济保障的组织实施和监督管理工作，各级医疗保障经办机构负责门诊

共济保障的政策落地和业务经办工作。

财政、卫健、公安、市场监管、民政、审计等深化医疗保障制度改革领导小组成员单位按照各自职责范围协同做好职工门诊共济保障工作。

第二章 个人账户管理

第六条 从**2023**年**1**月**1**日起，调整个人账户计入办法和计入水平，个人账户按以下办法计入：

（一）在职职工：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的**2%**，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

（二）灵活就业人员：本人参保缴费基数的**2%**计入个人账户。

（三）退休人员：由统筹基金按定额划入，计入标准为实施改革当年全省基本养老金平均水平的**2.5%**。

（四）参加国有困难企业职工住院医疗保险人员不享受个人账户待遇。

参保人员办结职工基本医保在职转退休手续后的次月起按退休人员标准计入个人账户。

第七条 职工医保个人账户使用范围：

（一）在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的基础上，可用于参保人员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医疗费用。

（二）可用于支付参保人员本人参加大病保险和长期护理保险的个人缴费部分。

（三）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 个人账户共济保障。待条件成熟后，允许个人账户用于支付配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险、大病保险和长期护理保险的个人缴费部分，以及在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用和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；探索用于本人及其配偶、父母、子女购买与我市基本医疗保险相衔接的普惠型商业补充医疗保险。

第九条 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，个人账户随其医疗保险关系转移接续；职工死亡发生继承时，个人账户结余资金可一次性拨付给其合法继承人。

第三章 普通门诊统筹

第十条 建立职工医保普通门诊费用统筹保障机制，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门诊共济保障，支付职工基本医疗保险普通门诊统筹费用。

第十一条 本细则所称职工基本医疗保险普通门诊统筹（以下简称“门诊统筹”）是指职工基本医疗保险参保人员（含参加国有困难企业职工住院医疗保险人员，以下简称“参保人员”），本人在定点医疗机构发生普通门诊医疗费用的统筹。

第十二条 预算总额的确定。原则上在职参保人员（包括灵活就业人员）本人参保缴费基数的**1%**和退休实施改革当年全省基本养老金平均水平的**1%**作为门诊统筹的预算总额，纳入医保统筹基金统一管理。

第十三条 门诊统筹待遇。一个自然年度内，普通门诊统筹的起付线为**600**元，年度累计超出起付线以上部分的普通门诊政策范围内医疗费用，门诊统筹支付比例按照医疗机构等级设置如下：

医疗机构等级	三级	二级	一级及以下
在职人员	50%	55%	60%
退休人员	55%	60%	65%

在职人员年度最高支付限额为**1800**元；享受职工基本医保退休待遇的人员年度最高支付限额**2000**元。参保人员办结职工基本医保在职转退休手续后，从次月起享受退休人员的门诊统筹待遇。

遇。

第十四条 门诊统筹支付范围：

（一）门诊统筹基金按照国家和我省规定的药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围支付。

（二）一般诊疗费。

第十五条 门诊统筹不予支付范围：

（一）门诊特殊慢性病、双通道药品费用和已经享受生育医疗待遇的门诊费用按有关规定执行，不纳入职工门诊统筹支付范围。

（二）参保人员发生的下列情形的普通门诊医疗费用，门诊统筹不予支付：

1. 应当从工伤保险基金中支付的；
2. 应当由第三人负担的；
3. 应当由公共卫生负担的；
4. 在境外就医的；
5. 体育健身或养生保健消费、健康体检等不属于基本医疗保险保障范围的支出；
6. 国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

第十六条 门诊统筹不纳入职工医保统筹基金年度最高支付限额和公务员医疗补助支付范围。

第十七条 门诊统筹年度支付限额当年度使用，不能结转下一年度，不能转让他人使用。

第四章 普通门诊统筹定点管理

第十八条 普通门诊统筹实行定点管理。

（一）本市基本医疗保险定点的医疗机构均可纳入普通门诊统筹定点医疗机构范围。

（二）待条件成熟后，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，支持外配处方在定点零售药店结算和购药。

（三）探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入职工门诊统筹保障范围，进一步发挥门诊保障制度的便民惠民作用。

第十九条 门诊统筹定点医药机构实行医保协议管理。市级医疗保障经办机构统一规范协议文本，各级医疗保障经办机构按规定与定点医药机构签订服务协议，明确服务范围、服务内容、服务质量、费用结算、服务监管、违约处理等权利与义务关系。

第二十条 定点医药机构要坚持以人民健康为中心，坚持因病施治，合理治疗、合理检查、合理用药，保证医疗服务质量和医保基金合规使用。

第五章 门诊统筹费用结算

第二十一条 参保人员应凭电子医保凭证（或社保卡）就医，定点医疗机构接诊时要认真审核相关证件。

（一）在本市定点医疗机构就医发生的门诊医疗费用，参保

人员就诊时只需结清个人负担部分，属门诊统筹支付部分，医疗保障经办机构与门诊统筹定点医疗机构结算，由职工基本医疗保险门诊统筹基金列支。

（二）办理了异地安置及异地就医备案手续的参保人员，在备案就医地定点医疗机构发生的普通门诊费用，可异地直接结算报销；未办理异地安置或异地就医备案的，或因特殊原因未能实现直接结算的，由参保人员先行垫付后向参保地医疗保障经办机构按规定办理零星报销，享受本市同等的门诊统筹待遇。

第二十二条 各级医疗保障部门与定点医药机构对门诊统筹费用实行据实结算。据实结算试行一年后，市医疗保障部门会同相关部门根据统筹基金运行情况调整完善结算办法。

第六章 监督管理

第二十三条 严格执行医保基金预算管理制度，建立健全与门诊共济保障相适应的基金管理、审核稽核、内部控制和监督检查的制度机制，切实落实医保基金使用管理的主体责任。

第二十四条 建立个人账户使用和门诊共济保障的监测、分析、预警和考核机制。定期做好医保基金收入、个人账户支出、统筹基金支出及门诊共济保障支出等信息统计，实施常态化监测。

第二十五条 加强医保协议履行情况的日常监管与定期考核，将日常监管和定期考核结果与医保费用年度清算、协议续签、

医保费用拨付等挂钩，激励定点医药机构加强自我管理。

第二十六条 定点医药机构应当严格执行医疗规范和医保政策，切实履行医保协议，优先配备使用医保目录内药品和耗材，规范诊疗、合规收费，不断提高医疗技术水平，合理控制患者自费比例，降低医疗成本，提高医保基金使用效率。

第二十七条 严格执行《医疗保障基金使用监督管理条例》，加强医保基金使用监管。加强对个人账户使用、结算等环节的管理审核，防止个人账户资金违规使用；加大对定点医药机构监管力度，严肃查处门诊过度诊疗、不合理用药和利用个人账户、统筹报销套取骗取医保基金等违法违规行为。创新监管手段和措施，实现全流程、全方位、全时段动态监管，严厉打击欺诈骗保行为，确保医保基金安全、高效、合理使用。

第二十八条 卫健、公安、市场监管、审计等有关部门要发挥各自优势，严肃查处定点医药机构、参保人和医疗保障经办机构的违法违规行为。

第七章 附 则

第二十九条 本细则实施后，我市职工基本医保门诊保障政策与本办法不一致的，按本办法规定执行。国家及省有新规定的，从其规定。

第三十条 医疗保障部门会同相关部门根据我市经济社会

发展水平和医疗卫生事业发展状况，结合职工基本医疗保险基金承受能力，可对本细则进行动态调整。

第三十一条 本细则由市医疗保障局负责解释。

第三十二条 本细则自 **2023** 年 **1** 月 **1** 日起施行。