

兰州市人民政府办公室文件

兰政办发〔2022〕140号

兰州市人民政府办公室 关于印发《兰州市职工基本医疗保险门诊 共济保障实施细则》的通知

各县区人民政府，市政府各部门、市属各单位，兰州新区、高新区、经济区、榆中生态创新城管委会，中央驻兰有关单位，市属有关重点企业：

《兰州市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则》已经2022年8月13日市政府第24次常务会议审议通过，现印发你们，请认真组织实施。

兰州市人民政府办公室

2022年8月19日

兰州市职工基本医疗保险门诊共济保障 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,切实减轻职工门诊医疗费用负担,根据《甘肃省人民政府办公厅关于印发甘肃省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法的通知》(甘政办发〔2021〕111号)文件要求,结合我市实际,制定本实施细则。

第二条 建立职工医保门诊共济保障机制,是将门诊医疗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,提高医保基金使用效率,切实减轻参保人员医疗费用负担,实现制度更加公平可持续。

第三条 职工医保门诊共济保障的基本原则: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。坚持因地制宜,既尽力而为、又量力而行,完善制度、引导预期,积极探索增强职工医保门诊保障的有效途径。

第四条 本实施细则适用于兰州市职工医保参保人员(以下

简称参保人员),包括:在职职工、退休职工、灵活就业人员的普通门诊医疗费用保障。

第二章 门诊共济待遇

第五条 在做好群众负担较重的门诊慢特病医疗保障工作的基础上,逐步将多发病、常见病的普通门诊医疗费用纳入统筹基金支付范围。

第六条 调整统筹基金和个人账户收入结构,单位缴纳的基本医疗保险费全部纳入统筹基金,增加的统筹基金用于建立职工门诊统筹制度,提高参保人员门诊待遇。

第七条 参加职工医保并在待遇享受期内的人员,按规定享受职工医保普通门诊费用统筹保障待遇。

一个自然年度内,参保职工在定点医疗机构门诊就医,累计发生的政策范围内普通门诊医疗费用,在起付标准 200 元以上,最高支付限额 2500 元以内的纳入报销范围。支付比例为三级定点医疗机构在职人员 55%、退休人员 60%,二级定点医疗机构在职人员 60%、退休人员 65%,一级定点医疗机构在职人员 65%、退休人员 70%。

第八条 做好普通门诊统筹与门诊慢特病、日间手术、住院医疗等其他待遇的政策衔接。参保人员已办理门诊慢特病的,优先按门诊慢特病政策予以保障,超出门诊慢特病限额发生的门诊医疗费用,按普通门诊统筹政策予以保障。参保人员日间手术及住

院期间,不享受普通门诊统筹及门诊慢特病待遇。中医药日间诊疗纳入普通门诊共济保障支付范围限额内,起付标准、报销比例执行普通门诊统筹政策标准。

第三章 服务管理

第九条 职工门诊统筹层次同职工基本医疗保险保持一致,实行市级统筹。

第十条 门诊统筹医疗费用支付范围应符合国家有关基本医疗保险药品、医用耗材、诊疗项目目录管理的规定。

第十一条 完善定点医疗机构协议管理,将门诊医疗服务纳入协议管理内容,引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。根据国家和省级规定,相关条件具备后,参保人员在定点医疗机构门诊所需用药无法满足时,可持外配处方在定点零售药店结算和配药。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。

第十二条 参保职工门诊统筹费用异地就医直接结算无需备案,可在就医地已开通异地就医门诊直接结算的定点医疗机构就诊。未开通异地就医直接结算的地区,参保职工可选择在常驻、居住地或安置地的定点医疗机构就医。

第十三条 规范门诊医疗费用结算方式。

(一)在本市定点医疗机构发生的医药费,应个人负担的部分,由个人直接与医疗机构结算;应医保基金负担的部分,由经办机构

与医疗机构结算。

(二)在开通异地就医门诊直接结算的异地定点医疗机构发生的应由参保人员个人支付的医药费,由参保人员直接与定点医疗机构按规定即时结算;应由医保基金支付的医药费,按照国家、省有关规定结算。

(三)在非直接联网的异地定点医疗机构发生的应由医保基金支付的医疗费,由参保人员全额垫付后,在规定时限内向参保地经办机构按规定申请报销。

第十四条 逐步建立并完善与门诊共济保障相适应的复合式医保支付方式。对基层医疗服务可按人头付费,积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合;对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。

第十五条 加大药品集中带量采购力度,医疗机构应优先使用中选药品。科学合理确定医保药品支付标准,引导医疗机构和患者主动使用疗效确切、价格合理的药品。

第四章 个人账户管理

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% ;原单位缴纳的基本医疗保险费不再计入个人账户。灵活就业人员不计入个人账户。

退休人员(含灵活就业退休人员)个人账户由统筹基金按定额划入,划入标准为我市 2022 年基本养老金平均水平的 2%,金额为 90 元/月。在职转退休,从次月起为其变更个人账户计入比例和办法。

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疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用,可以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。相关条件具备后,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等不属于基本医疗保障范围的支出。

第十八条 健全完善个人账户使用管理办法,做好收支信息统计。改革前个人账户历年结余仍归参保人员所有,按规定结转使用。职工调离统筹区时,个人账户结余资金可随同转移或一次性拨付给本人;参保人员死亡后,个人账户结余资金可一次性拨付给合法继承人。

第五章 监督管理

第十九条 医保部门负责建立完善与门诊共济保障相适应的监督管理机制,完善管理服务措施,创新制度运行机制,引导参保人员合理利用医疗资源,确保医保基金平稳运行,充分发挥保障功

能。

第二十条 加强医保基金监管,健全门诊费用智能监控手段。严格执行医保基金预算管理制度,加强基金稽核和内控制度建设。建立对个人账户全流程动态管理,加强个人账户使用、结算环节审核。强化医疗行为和医疗费用监管,确保医保基金安全高效、合理使用。

第二十一条 加强经办服务管理。建立统一规范的职工医保普通门诊统筹经办流程,建立健全门诊就医服务管理办法及费用结算办法,提升医保公共管理服务效能。探索推进实施第三方提供普通门诊统筹经办服务,提高经办服务效率。

第二十二条 加强医疗服务管理。加强对各定点医药机构协议管理,充实细化协议内容,将门诊统筹政策要求、管理措施、服务质量、考核办法、奖惩机制等落实到定点协议中,通过协议强化医疗服务监管,引导医疗资源合理利用。

第六章 附 则

第二十三条 根据国家、省医保局部署以及医保基金支付能力、医学技术发展等情况,对门诊共济保障和个人账户相关政策适时进行调整。

第二十四条 本实施细则由兰州市人民政府办公室负责解释,自2023年1月1日起开始执行,有效期5年,原有政策中与本实施细则不一致的,按本实施细则执行。

共印 50 份