

鞍山市医疗保障局
鞍山市卫生健康委员会
鞍山市财政局
鞍山市人力资源和社会保障局
鞍山市市场监督管理局

文件

鞍医保发〔2022〕14号

关于印发《鞍山市职工基本医疗保险
门诊统筹实施细则》的通知

各县（市）区医疗保障局、卫生健康局、财政局、人力资源和社会保障局、市场监管局，各有关单位：

现将《鞍山市职工基本医疗保险门诊统筹实施细则》印发给你们，请认真贯彻执行。



鞍山市医疗保障局



鞍山市卫生健康委员会



鞍山市财政局



鞍山市人力资源和社会保障局



鞍山市市场监督管理局

2022年10月31日

(此件公开发布)

鞍山市医疗保障局综合科

2022年10月31日印发

鞍山市职工基本医疗保险 门诊统筹实施细则

第一章 总 则

第一条 为进一步完善我市职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）制度，稳步推进个人账户改革，建立健全职工医保门诊共济保障机制，逐步提高门诊保障水平，根据《关于建立健全全省职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》（辽政办发〔2021〕39号）和《关于印发鞍山市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施方案的通知》（鞍政办发〔2022〕17号），制定本细则。

第二条 坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，遵循既尽力而为、又量力而行的原则，保障基本，互助共济，责任分担，将符合医疗保险规定的门诊费用纳入我市职工医保统筹基金支付范围，同步改革职工医保个人账户计入办法，调整个人账户使用范围，提高医保基金使用效率，逐步减轻参保人员的门诊医疗费用负担，实现医疗保障制度更加公平、更可持续发展。

第三条 本细则适用于参加我市职工医保并按规定足额缴纳医疗保险费的全体参保人员（含参加职工医保的灵活就业人员、单建统筹人员，以下统称“参保职工”）。

第四条 职工医保门诊统筹层次和基金支付范围，同职工基

本医疗保险保持一致，实行市级统筹。

第五条 普通门诊统筹基金主要从个人账户改革后增加的统筹基金中划转，与住院和门诊慢特病基金统筹使用，可根据实际运行情况适当调整普通门诊统筹医疗保障基金占比。普通门诊统筹不与住院和门诊慢特病设置同一基本医疗保险起付标准和封顶线，实行专账管理，单独核算，参保单位和个人不需另行缴费。

第六条 建立健全职工医保门诊共济保障机制是我市医疗保障制度建设的重大改革，政策性强，涉及面广，社会影响力大。各有关部门要切实提高站位，各司其职、各尽其责，形成整体合力。

市医疗保障部门负责全市门诊统筹相关政策的制定和组织实施、监督管理等工作。各县（区）医疗保障部门负责落实本行政区域内门诊统筹政策执行和监督管理等工作。各级医保经办机构负责贯彻落实门诊统筹政策以及有关参保人员就医服务管理、医疗待遇给付、统筹基金结算、稽核和定点协议管理等工作。

市财政部门负责做好职责范围内医保基金的财政专户管理、财务监督等工作，配合医保部门及时结算定点医药机构费用。

各级卫生健康部门负责加强对医疗机构的监管考核，促进定点医疗机构规范诊疗行为，提高医疗技术水平，为参保人员提供优质医疗服务。

市人力资源和社会保障部门要做好社会保险相关信息共享等工作，及时提供本市全口径退休人员基本养老保险平均水平等相关数据。

各级市场监督管理部门负责加强药品流通环节监管，严厉打击倒卖药品等违法行为。

第二章 建立普通门诊统筹制度

第七条 职工医保普通门诊统筹是指参保职工在定点医疗机构就医发生的常见病、多发病普通门诊医疗费用，纳入统筹基金支付范围，由职工医保统筹基金和参保职工个人共同负担。参保职工承担起付标准以下部分、按比例个人需承担部分和最高支付限额以上部分的费用，累计超过起付标准以上至最高支付限额以下的部分费用，由统筹基金支付。

第八条 门诊统筹待遇支付，统一按照国家、省基本医疗保险药品、诊疗项目、医疗服务设施目录及医用耗材范围和国家、省、市制定的医保支付标准及管理办法相关规定执行。纳入国家、省集采范围的，按照国家、省集采相关政策执行。

第九条 自然年度内，我市参保职工在门诊就医发生的政策范围内医疗费用，起付标准和统筹基金支付比例按定点医疗机构等级不同分别设置：一级及以下定点医疗机构，起付标准 300 元；统筹基金支付比例：在职职工 60%，退休人员 65%。二级定点医疗机构，起付标准 400 元；统筹基金支付比例：在职职工 55%，退休人员 60%。三级及以上定点医疗机构：起付标准 600 元；统筹基金支付比例：在职职工 50%，退休人员 55%。传染病、精神疾病等专科定点医疗机构参照一级定点医疗机构标准执行。起付标准年度内累计计算。职工医保普通门诊统筹基金的年度最高支付限额为 3000 元，限额在当年使用，不能结转下一年

度，不能转让他人使用。

第十条 已办理异地长期居住备案的参保职工，实行市域内同级别医疗机构同比例门诊待遇政策。异地转诊转院的参保职工在市域外门诊治疗发生的政策范围内费用，不分医疗机构级别，不分在职退休身份，统一按“起付标准 600 元，统筹基金支付比例 50%，最高支付限额 3000 元”的政策标准执行。参保职工未经转诊转院备案临时外出在市域外门诊治疗发生的医疗费用，符合辽宁省《基本医疗保险急危重病异地就医结算参考病种及结算标准》（以下简称《急危重病种标准》）的，纳入门诊统筹支付范围，按前述异地转诊转院门诊政策标准执行；不符合《急危重病种标准》的，门诊统筹基金不予支付。

第十一条 门诊统筹实行定点就医管理。原则上本市具备开展门诊服务条件的定点医药机构均可申请承办职工医保门诊统筹业务。起步阶段，优先将实行基本药物管理、能提供常见病和多发病门诊诊疗的一级及以上定点医疗机构纳入普通门诊统筹定点范围。2023 年开始，逐步规范门诊定点协议管理，经医保经办机构审核符合条件的定点医药机构签订门诊定点服务协议（或在医保定点协议中明确有关门诊服务事项），协议一年一签。

不设定参保人定点就医限制，参保职工在本市及异地任何一家纳入门诊统筹定点的医药机构就医购药，均可享受门诊统筹政策待遇。

支持外配处方在定点零售药店结算和配药，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，充分发

挥定点零售药店便民、可及作用。定点零售药店门诊结算标准另行制定。探索建立全市统一的处方流转系统，构建医疗机构医师电子开方、药师电子审方、药品零售企业配药、物流送药上门或患者就近便捷取药的药事服务新模式，开发应用电子处方及医保支付系统，通过分离医药支付，尽可能将门诊药品销售和支付引导到社会药店和互联网药店，以药店之间的充分竞争有效控制药价。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。

第三章 改革个人账户制度

第十二条 按照国家、省统一要求，调整个人账户计入办法。享受统账结合待遇的在职职工个人账户按照本人参保缴费基数的2%计入，用人单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金；享受统账结合待遇的退休人员个人账户由统筹基金按定额计入，计入额度以2022年我市退休人员平均基本养老金的2%为标准，即按照每人每月60元标准划入个人账户。

我市参加职工医保的灵活就业人员和按照有关规定享受单建统筹职工医保待遇的参保人，不建立个人账户，享受职工医保门诊统筹待遇。

海城、岫岩原困企职工享受个人账户政策继续按原政策渠道执行。

第十三条 个人账户资金（含改革前原个人账户累计结余资金，下同）主要用于支付参保人本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构发生的由个人负担的医疗费用和在定点药店购买符合基本医疗保险目录规定的药品，也可用于在我市定点医药机

构购买基本医疗保险目录外的“国药准字号”药品和中药饮片（不包括各类保健品），可用于购买“卫消进字号”、“卫消准字号”等消杀类产品和“食药监械（进）字号”、“食药监械（准）字号”、“食药监械（许）字号”等一次性医用材料和医疗器械；还可用于参保人员本人及其配偶、父母、子女缴纳职工大额医疗补助以及参加城乡居民医保、长期护理保险和参加经市级以上医保部门批准、与基本医疗保险相衔接的惠民型商业健康保险的个人缴费。

第十四条 落实国家、省医保待遇清单制度要求，个人账户资金不得用于公共卫生费用（国家政策允许的除外）、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。已由个人账户支付的医疗费用，职工医保统筹基金、职工大额医疗补助（超限额补充医疗保险）、公务员补助、医疗救助等医疗保障资金不予重复报销。

第十五条 个人账户资金归参保人个人所有，可以结转使用和依法继承。当参保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。当参保职工病故或意外死亡时，个人账户结余资金可一次性按政策清退。

第四章 就医管理与监督

第十六条 市医保经办机构负责制定并执行全市统一规范的职工医保普通门诊统筹经办业务流程、内部考核办法和费用结算办法，强化基础管理和经办机构内控制度，加强对门诊定点医药机构的业务指导与监督管理，提高经办服务水平。

第十七条 医保经办机构在与医药机构签订门诊定点协议时，应将优先使用医保目录内药品（诊疗项目、医用耗材）、不得违规开具大处方等纳入协议管理内容，强化协议条款及指标约束作用。

第十八条 参保人须凭本人社会保障卡或医保电子凭证、身份证到门诊统筹定点医疗机构就诊，不得交由他人冒名使用。原则上参保人员在非门诊统筹定点医疗机构发生的门诊费用不予报销。

第十九条 参保人在本市统筹区内门诊统筹定点医疗机构就医结算时，参保人员只需支付个人负担的费用，其他由医保基金支付的费用，由参保地医保经办机构与门诊统筹定点医疗机构定期结算。

第二十条 已办理异地长期居住备案的参保人在异地门诊就医时，须在就医地已开通异地门诊费用直接结算的定点医药机构就医并直接联网结算。经转诊转院备案或未经转诊转院备案临时外出但符合《急危重病种标准》的参保人，在异地门诊就医时，原则上也须在就医地已开通异地门诊费用直接结算的定点医药机构就医并直接联网结算；特殊情况下，因非个人原因未能直接结算的，由参保人先行全额垫付，再携带相关材料到参保地经办机构办理手工报销。异地急诊留观患者发生的门诊医疗费用，已由门诊医保统筹基金支付的部分，职工医保统筹基金、职工大额医疗补助（超限额补充医疗保险）、公务员补助、医疗救助等医疗保障资金不再予以报销，其余合规费用回参保地按政策进行手工

结算。

第二十一条 起步阶段，普通门诊统筹采用按项目付费方式与定点医疗机构结算。具体结算办法按市医保经办机构与定点医疗机构的医保服务协议规定执行。根据实际运行情况，在拥有必要的医保大数据以及医保信息系统具备条件之后，市医保经办机构应加强对各级定点医疗机构实行门诊人次总量预测和门诊统筹费用预算，逐步探索由按项目付费方式结算过渡到实行总额控制下的多种付费方式，有效发挥付费方式的杠杆调节作用。

第二十二条 各门诊统筹定点医药机构须遵守基本医疗保险和医疗卫生领域的各项法律、法规、政策规定，严格执行国家相关部门制定的诊疗规范，按照因病施治的原则，以病人为中心，规范门诊医疗服务行为，做到合理检查、合理治疗、合理用药，不得串通病人捏造病历资料和检查资料非法套取门诊统筹基金，一经发现，按照定点协议相关规定严肃处理。

第二十三条 参保人员在定点医药机构门诊就医时，定点医疗机构须对患者与其持有的有效证件进行认真核对，确认无误后方可根据患者病情按基本医疗保险有关规定合理开具处方，不得随意开大处方或串换药品。原则上门诊一次的处方量应控制在7日内，特殊情况下可将一次性处方量扩展至三个月。

第二十四条 各门诊统筹定点医药机构须按照有关要求完善信息化管理系统，对门诊统筹实行信息化管理，按全市统一的实时结算软件接口要求，与基本医疗保险电子结算系统实现数据对接，实现医疗费用实时结算。

第二十五条 严格贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令 第 735 号）及相关规定要求，将门诊统筹医疗服务行为和医保基金使用情况纳入基金监管的重点，充分运用智能监控系统、实地稽核、第三方监管等措施，加大对过度诊疗、不合理用药、串换药品以及个人账户套现等违法、违规问题的查处力度，确保医保基金在门诊使用全过程安全高效、合理合规。

第五章 其他相关规定

第二十六条 本细则实施之日起，我市参加职工医保无个人账户人员（参保的灵活就业人员、单建统筹人员）原参照居民医保享受的门诊统筹待遇终止，按本细则相关规定执行。参保职工在异地院前急诊留观发生的医疗费用，不纳入普通门诊保障范围，继续按本市异地院前急诊留观相关政策规定执行。医保单独结算的高值药品，不纳入普通门诊保障范围，继续按本市高值药品相关政策执行。

第二十七条 参保职工在普通门诊发生的统筹费用，不计入我市基本医保统筹基金年度最高支付限额，不纳入我市职工大额医疗补助（职工超限额补充医疗保险）支付范围。

第二十八条 按照全省统一门诊慢特病保障机制的工作部署和要求，健全完善我市门诊慢特病管理政策。我市门诊慢特病患者因治疗门诊慢特病发生的就医购药费用，首先按门诊慢特病政策支付，其他自付的符合政策规定费用可接续按门诊统筹政策支付。门诊慢特病患者治疗其他疾病的费用按门诊统筹政策直接支付。

第二十九条 参保职工发生的产前检查、计划生育等政策范围内门诊费用（按规定应由公共卫生经费支付的除外）超出我市与相关定点医疗机构按人头付费标准部分，纳入门诊统筹支付范围，享受相应的门诊统筹待遇。

第三十条 经职工医保普通门诊统筹报销后的起付标准以下部分、共付段自付部分合规医疗费用及超出普通门诊统筹基金最高支付限额部分，纳入公务员医疗补助报销范围，按我市公务员补助相关政策予以报销。

第六章 附 则

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 2022 年 12 月 1 日起施行。2022 年 12 月份发生的门诊统筹支付费用按“起付标准 30 元、月最高支付限额 300 元”执行。个人账户改革政策自 2023 年 1 月 1 日起施行。

第三十三条 职工医保门诊统筹政策实施后，本细则未尽事项可以补充文件形式予以逐步完善；我市之前印发的有关文件政策与本细则相关规定不一致的，按照本细则相关规定执行。