

# 信阳市人民政府办公室文件

信政办〔2022〕23号

---

## 信阳市人民政府办公室 关于印发信阳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，各管理区、开发区，市政府有关部门：

《信阳市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻落实。

信阳市人民政府办公室

2022年4月20日

# 信阳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，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）和《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），制定本实施细则。

**第二条** 按照市级统筹、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。

**第三条** 本细则适用于信阳市城镇职工基本医疗保险参保人员（不含灵活就业人员）。

**第四条** 市医疗保障行政部门负责组织实施我市职工医保门诊共济保障工作。医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）具体负责门诊统筹资金的筹集、管理和待遇审核、基金支付、稽核等工作。

## 第二章 门诊共济保障待遇

**第五条** 增强门诊共济保障功能。职工个人缴纳的基本医疗保险费计入本人个人账户，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入

统筹基金。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增强门诊共济保障功能，提高参保人员门诊待遇。

### **（一）起付标准**

一级及以下基层定点医疗机构门诊统筹不设起付标准；二级及以上定点医疗机构门诊统筹按次设定起付标准，其中在二级定点医疗机构就医起付标准每次 30 元，在三级定点医疗机构就医起付标准每次 50 元。

### **（二）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医疗费用，由职工医保统筹基金按比例支付。按规定在三级定点医疗机构就医的支付比例为 50%，按规定在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 个百分点。

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 个百分点。

### **（三）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。

**第六条** 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统筹基金支付限额。

**第七条** 进一步完善普通门诊、门诊慢特病异地就医直接结算管理服务工作机制，切实保障参保人员异地就医权益。

### 第三章 个人账户使用管理

#### 第八条 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 $2\%$ ，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，每人每月划入额度为 $60$ 元。

**第九条** 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保险等的个人缴费。

**第十条** 个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身、养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

**第十一条** 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和办法。

**第十二条** 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。

### 第四章 医疗服务与就医管理

**第十三条** 门诊统筹实行定点医药机构服务协议管理，逐步将资质合规、管理规范、信誉良好、布局合理，并且已实现医保智能监控系统场景监控管理、满足对所售药品实现电子追溯等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+”医疗服务纳入门诊保障范围，执行线上线下医保同等支付政策。参保人员按规定在门诊统筹定点零售药店购药的，起付标准和支付比例参照二级定点医疗机构设定。

**第十四条** 参保人员在市域内定点医药机构门诊就医购药，持社会保障卡或医保电子凭证直接结算。

**第十五条** 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（统称为异地居住人员），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统筹直接结算的定点医疗机构就医。在未开通异地就医门诊统筹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，垫付的费用应及时向参保地医保经办机构申请报销，最晚不得超过次年3月。

**第十六条** 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。

**第十七条** 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，推行按病种或按病种分值付费；对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。

**第十八条** 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。逐步推行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。

**第十九条** 参保人员因下列情形发生的门诊医疗费用，门诊统筹基金不予支付：

- （一）不符合基本医疗保险基金支付范围的医疗费用；
- （二）参保人员在住院期间发生的门诊医疗费用；
- （三）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；
- （四）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；
- （五）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；
- （六）未遵守就医实名制要求发生的医疗费用；
- （七）未遵守因病施治原则、用药与诊断不符等不符合诊疗要求的医疗费用；
- （八）虚开、多开、弄虚作假的医疗费用；

(九) 伪造、变造门诊处方或门诊检查、检验报告单涉及的医疗费用；

(十) 利用享受医疗保障待遇的机会非法获取利益或协助他人非法获益的；

(十一) 其他违反医疗保障规定的费用。

## **第五章 管理与监督**

**第二十条** 建立对个人账户全流程动态管理机制：

(一) 进一步完善个人账户管理办法，严格执行基金预算管理，做好收支信息统计；

(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。

**第二十一条** 建立医保基金安全防控机制：

(一) 严格贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，实施全域定点医药机构医保智能监控，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；

(二) 压实医药机构主体责任、卫生健康部门行业主管责任、医保部门监管责任，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。

**第二十二条** 健全医疗服务监控、分析和考核体系：

(一) 规范医保定点医药机构服务协议管理，贯彻落实协商

谈判机制，严把入口关，将“技术好、服务优、价格低、布局合理”作为前置条件，严格评审评估标准，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提醒和分析考核机制，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）加强日常监管考核，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

**第二十三条** 根据医保基金收支情况和可支撑能力，市医疗保障部门会同市财政部门可对门诊统筹起付标准、支付限额、支付比例、个人账户划入额度等待遇标准适时进行调整，报市政府同意后实施。

**第二十四条** 本细则自 2022 年 7 月 1 日起施行。此前相关政策与本细则不一致的，以本细则为准。

