

承德市人民政府办公室

承市政办字〔2021〕114号

承德市人民政府办公室 关于印发承德市职工基本医疗保险门诊 共济保障实施细则的通知

各县（市、区）、自治县人民政府，承德高新区、御道口牧场管理区管委会，市政府各部门：

《承德市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则》已经市政府第十五届第五次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。



（此件主动公开）

承德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《河北省人民政府办公厅印发关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法的通知》（冀政办发〔2021〕6号），制定本实施细则。

第二条 以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻习近平总书记视察承德重要讲话指示精神，认真落实中央、省、市决策部署，尽力而为、量力而行，人人尽责、人人享有，完善制度、引导预期，将门诊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，建立健全门诊共济保障机制，提高医保基金使用效率，逐步减轻参保人员医疗费用负担，实现制度更加公平更可持续。

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。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，从实际出发积极探索增强职工医保门诊保障的有效途径。

第四条 本实施细则适用于我市职工医保参保人员。

第二章 门诊共济制度

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。

第六条 建立健全职工医保普通门诊费用统筹保障机制。对于统筹基金政策范围内的门诊医疗费用，普通门诊统筹起付标准为 100 元，统筹基金对在职和退休人员的支付比例分别为 50%和 60%，年度最高支付限额为 1000 元。按照 5%缴费比例缴费（不建立个人账户）的灵活就业人员，年度最高支付限额为 400 元。

第七条 健全职工医保门诊慢性疾病费用统筹保障机制。将符合规定的门诊慢性疾病费用纳入门诊统筹管理，取消原有门诊慢性疾病定额补助管理方式。对于门诊慢性疾病患者发生的统筹基金政策范围内的门诊医疗费用，在执行普通门诊统筹政策的基础上，年度最高支付限额增加 2000 元。门诊慢性疾病的病种和认定标准按照我市职工医保政策规定执行。

第八条 规范门诊医疗费用结算方式。参保人员门诊就医购药时，应在定点医药机构持医保电子凭证或社会保障卡直接结算医疗费用。尚不能在居住地实现门诊医疗费用直接结算的异地长期居住人员，应在年底前持当年门诊医疗收费票据、费用明细清单、社会保障卡复印件等材料，向参保地职工医保经

办机构申请手工结算；对于未及时在当年度申请手工结算的，最迟应在次年1月底前申请手工结算。

第九条 完善门诊慢特病政策。根据医保基金承受能力，逐步扩大门诊慢特病病种范围，并使用全省统一的病种名称。不断健全门诊保障机制，实现由病种保障向费用保障过渡。进一步完善门诊慢特病异地就医直接结算管理服务工作机制，逐步扩大异地就医直接结算范围，切实保障参保人员异地就医权益。

第十条 健全与门诊共济保障相适应的付费方式。积极探索从糖尿病、高血压等治疗方案明确、评估指标清晰的慢性病入手，对基层医疗服务实行按人头付费。对日间手术及符合条件的门诊特殊病种，探索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。

第三章 个人账户

第十二条 改革职工医保个人账户计入办法。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的2%，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基

金；退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入额度为我市 2021 年基本养老金平均水平的 2%。在职转退休，从次月起为其变更个人账户计入比例和办法。

第十三条 严格个人账户使用管理。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。探索个人账户用于配偶、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消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

第十四条 个人账户资金可以结转使用和继承。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。

第四章 管理与监督

第十五条 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。选择资质合规、管理规范、信誉良好、布局合理，并且满足对所售药品实现电子追溯等条件的定点零售药店，开展谈判药品“双通道”（定点医疗机构和定点零售药店两个渠道）管理。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。

第十六条 加快推进门诊费用跨省异地就医直接结算。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。

第十七条 完善管理服务措施，引导医疗资源合理利用。通过协同推动基层医疗服务体系建设、完善家庭医生签约服务、规范长期处方管理等，引导参保人员在基层就医首诊。结合完善门诊慢特病管理措施，规范基层定点医疗机构诊疗及转诊等行为。

第十八条 建立对个人账户全流程动态管理机制。进一步完善个人账户管理办法，严格执行基金收、支、余预算管理，做好收支信息统计。建立健全基金稽核制度，加强个人账户使用、结算等环节的审核，对参保缴费、待遇审核、基金使用、费用结算等环节进行稽核，实现对个人账户全流程动态管理，确保基金稳定运行。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，完善待遇支付和基金结算初审、复审、稽核三级审核机制，完善医保、财政、税务三方定期对账机制，防范化解内部监管风险。

第十九条 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。

推进基金监管常态化、制度化、精细化，加强对定点医药机构购销存和财务监管，购销存系统与医保智能监控系统实现实时对接，纳入门诊保障试点的定点零售药店要定期向经办机构报告流转处方、购销台账和财务核算账目，实现基金监管向“管服务、管技术、管价格”转变。压实医疗机构主体责任、卫生健康部门行业主管责任、医保部门监管责任、市县属地责任，落实卫生健康、公安、市场监管、药品监管、审计等有关部门协同监管责任，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。重点查处医疗机构冒名顶替住院、挂床住院、虚构医疗服务、伪造医疗文书或票据，虚记多记药品、耗材、诊疗项目、医疗服务设施费用，“术中加价”、夸大病情或疗效等欺骗、诱使、强迫患者接受诊疗和消费等违法违规行为，确保基金安全高效、合理使用。严肃查处超疗程、超剂量用药，使用与基本治疗无关药物和不规范使用辅助用药等大处方行为。

第二十条 健全医疗服务监控、分析和考核体系。完善医保定点医药机构服务协议管理办法，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。建立医疗服务监控预警提醒和分析考核制，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。量化医保协议日常监管考核，要求一、二、三级公立定点医疗机构使用基本药物分别达到 90%、80%、60%左右，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。

第五章 附 则

第二十一条 根据职工医保统筹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普通门诊统筹、门诊慢特疾病的待遇标准进行适当调整。

第二十二条 本细则由市医疗保障局负责解释。

第二十三条 本细则自 2022 年 1 月 1 日起执行。