

晋城市医疗保障局文件

晋市医保发〔2022〕22号

晋城市医疗保障局 关于做好职工基本医疗保险普通门诊统筹 启动工作的通知

各县（市、区）医疗保障局、市医保中心：

为认真落实《山西省医疗保障局 山西省财政厅 山西省卫生健康委员会关于印发〈职工基本医疗保险普通门诊统筹管理办法〉的通知》（晋医保发〔2022〕12号）、《山西省医疗保障局 山西省财政厅关于改进职工基本医疗保险个人账户计入办法的通知》（晋医保发〔2022〕15号）和《山西省医疗保障局办公室关于印发〈山西省职工基本医疗保险普通门诊统筹经办服务规程（暂行）〉的通知》（晋医保办发〔2022〕27号）文件精神，增强门诊共济保障功能，切实减轻参保人员门诊医疗费用负担，现就做好全市职工基本医疗保险门诊统筹启动工作通知如下：

一、完善信息系统建设及培训

按照全省职工基本医疗保险普通门诊统筹政策规定的待遇标准和服务规程，完成信息系统建设、联网和测试，做好医疗机构工作人员业务和系统操作培训，确保 2023 年 1 月 1 日起全市职工门诊统筹工作正常开展。

二、明确个人账户计入办法

2023 年 1 月 1 日起，改进职工基本医疗保险个人账户计入办法，随用人单位参加职工医保的在职职工，以及以统筹基金和个人账户结合模式（简称“统账结合”）参加职工医保的灵活就业人员，职工医保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医保统筹基金；以统账结合模式参加职工医保的灵活就业人员，个人缴费除计入个人账户外，其余全部计入统筹基金；以单建统筹模式参加职工医保的人员，个人缴费全部计入统筹基金；以统账结合模式参加职工医保的退休人员，个人账户由统筹基金按定额划入，每人每月定额标准为 85 元。

我市作为国家长期护理保险试点城市，职工长期护理保险个人缴费部分按照相关规定从职工基本医疗保险个人账户中按比例划拨。

三、合理确定定点医疗机构

定点医药机构准入管理按照《省医保中心关于做好职工基本医疗保险门诊统筹定点医药机构准入管理工作的通知》（晋医险〔2022〕16 号）规定执行。我市职工门诊统筹运行初期，暂将

全市各综合医疗机构（包括二级及以上综合医院、社区卫生服务中心和乡镇卫生院等）和二级及以上的专科医疗机构中符合准入条件的医疗机构确定为定点服务机构，由医保经办机构同所辖医疗机构协商签订《职工基本医疗保险普通门诊统筹服务协议》，根据运行情况，逐步将其他具备准入条件的医疗机构（包括二级以下专科医疗机构、诊所、社区卫生服务站、村卫生室等）和零售药店纳入定点范围。

四、门诊统筹待遇享受

医疗机构 收费类别	人员 类别	起付标准 (元/次)	支付 比例	支付限额 (元/年)
一类收费	在 职	80	50%	1800
	退 休		55%	2000
二类收费	在 职	50	55%	1800
	退 休		60%	2000
三类收费	在 职	30	60%	1800
	退 休		65%	2000

备注：1. 门诊统筹基金的支付限额不结转、不累加到次年度；2. 门诊统筹年度支付额度不计入职工医保统筹基金年度最高支付限额；3. 职工每次享受门诊用药待遇时，普通疾病门诊处方量一般在7天内，最长不超过14天；慢性疾病门诊处方量一般在1个月内，最长不超过3个月。

参保职工（包括已办理异地就医备案的长期异地居住人员、

异地安置退休人员和长期驻外工作人员)须凭医保电子凭证或社会保障卡在门诊统筹定点医疗机构(包括异地门诊统筹定点医疗机构)就诊,并直接结算医药费用;接诊医生应核验参保职工身份信息,确定患者享受医保待遇类型,并分别开具诊疗单和处方。参保职工按照以下标准享受门诊统筹待遇,个人自付部分由本人个人账户、家庭共济账户或现金支付:

参保职工有下列情形之一的,门诊统筹基金不予支付:

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. 体育健身、养生保健消费、健康体检费用;
5. 参保职工在非门诊统筹定点医药机构发生的门诊医疗费用(急诊抢救除外);
6. 参保职工在门诊统筹定点医疗机构发生的起付标准以下或最高支付限额以上的门诊医疗费用;
7. 参保职工按规定享受住院、门诊慢特病、门诊特药等医保待遇统筹结算后的自负部分;
8. 医保《三个目录》外的医药费用;
9. 在统筹区内非门诊统筹定点医药机构,或在门诊统筹定点医药机构但未持医保电子凭证或社会保障卡就医、购药结算的;
10. 未在门诊统筹定点医疗机构开具处方,直接在零售药店购药的;
11. 长期异地居住人员(包括异地安置退休人员和长期驻外

工作人员)在异地非定点医药机构发生的医药费用;

12. 临时外出就医人员(包括转诊转院或自行在异地就医人员)在异地发生的普通门诊费用;

13. 参保职工在医保欠费期间(或医保待遇等待期)所发生的普通门诊医药费用;

14. 其它不符合职工医保统筹基金支付范围的费用。

五、合理确定总额预算标准

按照医疗保险“以收定支、收支平衡”原则,合理确定各定点医疗机构门诊统筹年度总额预算指标,纳入服务协议范围,超出总额预算指标的部分由医疗机构按规定承担。

六、门诊统筹费用结算

职工医保门诊统筹应由统筹金支付的费用,医保经办机构每月与定点医药机构结算,结算金额按总费用的90%拨付,预留10%作为年度服务质量保证金,服务质量保证金根据年度考核结果返还。

七、加强门诊统筹费用管控

1. 坚持合理诊疗用药。职工门诊统筹定点医疗机构须坚持因病施治、合理检查、合理治疗、合理用药原则,优先使用医保目录内诊疗项目、药品和集采药品;严格按照医疗机构级别和适应症要求管控和使用限制性药品,严格控制目录外费用占比;严格遵守《处方管理办法》、《长期处方管理规范》等规定,普通疾病门诊处方量一般在7天内,最长不超过14天;慢性疾病门诊处方量一般在1个月内,最长不超过3个月。

2. 实施全流程动态管理。优化医保信息系统，对基金使用较多的参保人员、开具处方数量及金额排名靠前的医师、人均费用较高的医药机构实施定期预警和重点监控，对参保人员诊疗用药情况进行综合分析，将次均费用增长、自付（自费）费用比例、检查费用占比等指标列为监控指标。

3. 加大违规处罚力度。聚焦多开药、乱开药、乱检查、乱收费等违规行为和“假病人”“假病情”“假票据”以及变相健康体检、串换倒卖药品、冒用他人名义享受门诊统筹待遇等套取、骗取医保基金行为，建立安全防控机制，确保基金安全、合理使用。对违规使用或骗取职工门诊统筹基金的医药机构，加大惩处力度，除按全额（含门诊统筹基金支付和个人自付金额）追回违规本金外，视情节加收违规金额的2至5倍违约金，并提请医保行政部门给予行政处罚。对违规享受门诊统筹待遇的参保人员，退还违规享受待遇金额，暂停医疗费用联网结算3个月至12个月，属于骗取医保基金情形的，除按上述规定处理外，提请医保行政部门处骗取金额2倍以上5倍以下罚款。



（此件主动公开）

晋城市医疗保障局

2022年12月22日印发