

# 河南省医疗保障局 河南省财政厅 文件

豫医保办〔2022〕24号

## 关于印发《河南省省直职工基本医疗保险 门诊共济保障机制实施细则》的通知

省直各参保单位、有关定点医疗机构：

为贯彻落实《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），结合省直实际，制定《河南省省直职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》，现印发给你们，请认真贯彻执行。



河南省医疗保障局



河南省财政厅

2022年6月10日

# 河南省省直职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则

## 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，更好解决省直职工医保参保人员门诊待遇保障问题，切实减轻其医疗费用负担，根据《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）精神，结合省直实际，制定本实施细则。

**第二条** 将门诊费用纳入省直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。

**第三条** 坚持保障基本，实行统筹共济；坚持平稳过渡，保持政策连续性；坚持协同联动，实施职工基本医疗保险普通门诊统筹（以下简称门诊统筹）和改进个人账户制度同步推进。

**第四条** 省级医疗保障行政部门负责省直职工医保门诊共济保障工作的统筹协调，省级医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）负责门诊统筹资金的筹集、管理和待遇审核、给付等经办工作。

**第五条** 本实施细则适用于省直职工医保全体参保人员。

## **第二章 个人账户使用和管理**

**第六条** 改进职工医保个人账户计入办法：

(一) 在职职工个人缴纳的基本医疗保险费全部计入本人个人账户，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。按5.6%费率参保灵活就业人员（以下简称灵活就业人员）缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金，不建立个人账户。

(二) 退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入额度为每月95元；按灵活就业人员退休的不建立个人账户。

**第七条** 规范个人账户的使用范围。个人账户资金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。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或本人参加职工大额医疗费补充保险等的个人缴费。

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险保障范围的支出。

**第八条** 个人账户资金可以结转使用和继承。参保人员在办理医保关系转移时，个人账户结余资金可随同转移，不具备转移条件或参保人员出国定居、死亡的，本人或继承人可以申请办理个人账户一次性支取。

### 第三章 门诊统筹待遇

**第九条** 在门诊慢特病医疗保障基础上，建立职工医保门诊统筹制度，将在定点医疗机构发生的门诊医疗费用纳入职工医保统筹基金支付范围。

**第十条** 门诊统筹执行省直基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围。

**第十一条** 门诊统筹实行定点医疗机构协议管理，参保人员在非门诊统筹定点医疗机构发生的门诊费用，统筹基金不予支付，由个人全额负担。逐步将符合条件的定点零售药店纳入门诊统筹定点范围。

**第十二条** 在待遇享受期内的参保人员，按规定享受门诊统筹保障待遇。一个参保年度内，在门诊统筹定点医疗机构门诊就医，统筹基金支付设立起付标准和最高支付限额。

**第十三条** 门诊统筹起付标准按次设定，每次40元，一天（一个自然日）内在同一门诊统筹定点医疗机构多次就诊的负担一次起付标准，社区卫生服务中心不设起付标准。

**第十四条** 一个参保年度内，门诊统筹最高支付限额为在职职工1800元/人、退休人员2300元/人。2022年门诊统筹年度最高支付限额减半。门诊统筹支付限额单独计算，不与职工医保统筹基金年度最高支付限额累计。

**第十五条** 一个参保年度内，参保人员发生的起付标准以

上、最高支付限额以下的政策范围内普通门诊医疗费用，由统筹基金按以下比例支付：

（一）三级门诊统筹定点医疗机构支付比例为：在职职工 55%，退休人员 65%。

（二）二级及以下门诊统筹定点医疗机构支付比例为：在职职工 60%，退休人员 70%；其中，社区卫生服务中心门诊统筹定点医疗机构支付比例为：在职职工 70%，退休人员 80%。

**第十六条** 门诊统筹年度最高支付限额在一个参保年度使用，不结转下一年度。

**第十七条** 参保人员在职转退休的，次月起变更其个人账户计入办法、最高支付限额和报销比例。

#### **第四章 医疗服务管理与费用结算**

**第十八条** 参保人员同时享受门诊统筹、门诊慢特病和门诊特药等待遇的，就诊时应分别开具处方，分别结算。

**第十九条** 已办理异地就医直接结算备案的参保人员，同步开通门诊统筹异地就医直接结算，参保人员可在备案地选择已开通门诊统筹异地就医直接结算的医疗机构就诊，并进行直接结算。门诊统筹异地就医直接结算执行就医地规定的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围）；统筹基金起付标准、支付比例、最高支付限额等政策执行省直规定。

**第二十条** 门诊统筹建立初期实行按项目付费。不断健全与门诊统筹相适应的付费机制，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。

**第二十一条** 参保人员凭本人医保电子凭证等到门诊统筹定点医疗机构（含异地就医）就诊，发生的门诊医疗费用通过医疗保障信息系统直接结算。应由个人负担部分，个人可使用现金、个人账户等方式与医疗机构结清；应由医保基金支付部分，由定点医疗机构记账，医保经办机构按规定与定点医疗机构进行结算。

**第二十二条** 参保人员因下列情形发生的门诊医疗费用，统筹基金不予支付：

- （一）不符合基本医疗保险规定支付范围的医疗费用；
- （二）住院期间发生的门诊医疗费用；
- （三）除急（抢）救外，未通过医疗保障信息系统直接结算的门诊费用；
- （四）未遵守因病施治原则，不符合诊疗要求的医疗费用；
- （五）其他违反医疗保障规定的门诊费用。

## 第五章 监督管理

**第二十三条** 严格执行医保基金预算管理制度，将门诊统筹

监管纳入服务协议。建立健全与门诊统筹相适应的监督管理机制，加强基金稽核，引导医疗资源合理利用。

**第二十四条** 完善个人账户管理使用办法，建立对个人账户全流程动态管理机制，加强对个人账户使用、结算等环节的审核。

**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》，强化定点医药机构基金使用的主体责任，加强对定点机构医疗行为和相关费用的监管，严厉打击冒名顶替、不合理检查用药、个人账户套现等违法违规行为。

**第二十六条** 完善门诊统筹定点医药机构服务协议管理办法，严格评审评估标准，贯彻落实协商谈判机制，充分考虑“技术好、服务优、价格低、布局合理”等因素，门诊统筹定点医疗机构应优先选择纳入基本医保支付范围的药品、医用耗材和诊疗项目，积极参与药品（医用耗材）集中带量采购并使用集采品种，强化协议条款及指标约束作用，严禁违规开具大处方，严控不合理费用支出。建立门诊就医服务管理办法，健全医疗服务监控、分析、考核体系，引导定点医疗机构规范提供门诊诊疗服务。

**第二十七条** 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，引导参保人员在基层就医首诊，规范基层定点医疗机构诊疗行为。

## 第六章 责任追究

**第二十八条** 定点医药机构和参保人员违反本实施细则相关

规定构成违法，造成医疗保障基金损失的，由省级医疗保障行政部门责令退回，并按照法律法规给予行政处罚；构成犯罪的，移交司法部门处理。

**第二十九条** 医疗保障行政部门和经办机构工作人员在工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法给予处分。违反本细则规定，给有关单位或者个人造成损失的，依法承担赔偿责任；构成违反治安管理行为或构成犯罪的，按相关法律法规处理。

## 第七章 附 则

**第三十条** 本实施细则由省医疗保障局负责解释，自 2022 年 7 月 1 日起施行。