

长治市医疗保障局 长治市财政局文件 长治市卫生健康委员会

长医保发〔2022〕40号

长治市医疗保障局 长治市财政局 长治市卫生健康委员会 关于转发《省医保局 省财政厅 省卫健委关 于印发〈职工基本医疗保险普通门诊统筹 管理办法〉的通知》的通知

各县区医保局、财政局、卫体局，市医保中心：

现将山西省医疗保障局、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）转发给你们，请认真遵照执行。

附件：《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）



（此件主动公开）

山西省医疗保障局
山西省财政厅文件
山西省卫生健康委员会

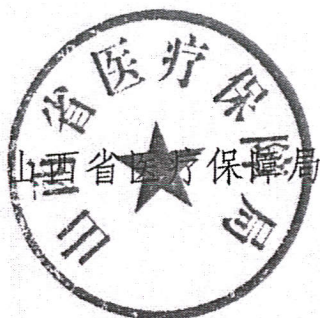
晋医保发〔2022〕12号

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

各市医保局、财政局、卫生健康委：

为贯彻落实《山西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实施意见》（晋政办发〔2021〕103号），增强职工医保门诊共济保障功能，更好解决参保人员门诊保障问题，切实减轻医疗费用负担，省医保局、省财政厅、省卫生健康委

研究制定了《职工基本医疗保险普通门诊统筹管理办法》，现印发给你们，请认真贯彻执行。



(此件主动公开)

职工基本医疗保险普通门诊统筹管理办法

第一章 总 则

第一条 为完善职工基本医疗保险制度,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,根据《山西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实施意见》精神,制定本办法。

第二条 本办法适用于参加山西省职工基本医疗保险且有医保个人账户的参保人员(以下简称参保职工),在定点医药机构发生的普通门诊医疗费用管理。

第三条 职工基本医疗保险普通门诊统筹(以下简称“职工医保门诊统筹”)遵循以下基本原则:

(一)坚持保障基本,用于保障参保职工因常见病、多发病在门诊就医发生的医药费用支出;

(二)坚持统筹共济,量入而出,合理确定待遇,保障适度公平;

(三)坚持倾斜基层,对乡镇卫生院、社区卫生服务中心(站)、村卫生室、医务室、门诊部和诊所等定点基层医疗卫生机构采取医保倾斜支付政策,促进医疗资源的合理配置。

第四条 省级医疗保障行政部门负责全省职工医保门诊统筹相关政策的制定,并根据基金运行情况及参保职工门诊医疗费

用负担情况,对职工医保门诊统筹待遇标准进行动态调整。各统筹地区医疗保障部门负责职工医保门诊统筹的管理和经办,对定点医药机构实行协议化管理,进行日常检查、监督和考核。

财政部门要依照社会保险基金财务制度做好基金管理、财务监督等相关工作;卫生健康部门要指导医疗机构提供安全、合理、便捷的诊疗服务,协同做好职工医保门诊统筹工作。

第二章 基金管理

第五条 职工医保门诊统筹所需基金按年度从职工基本医疗保险基金中列支。用人单位及参保职工不另行缴费。

第三章 保障范围和待遇标准

第六条 职工在定点医疗机构发生的符合规定的普通门诊医疗费用,以及在定点零售药店门诊处方外配购药发生的符合规定的药品费用,由职工医保统筹基金按规定支付。

第七条 职工医保门诊统筹执行基本医疗保险药品目录、医用耗材目录和医疗服务项目目录。参保职工在门诊使用乙类药品和医疗服务项目时,应先按规定比例自付,再按规定享受相关待遇。

第八条 职工医保门诊统筹设立起付标准和年度最高支付限额。

参保职工在三类收费价格医疗机构、二类收费价格医疗机

构、一类收费价格医疗机构就诊,门诊统筹起付标准分别为 30 元/次、50 元/次、80 元/次,符合规定的医疗费用由统筹基金按规定比例支付。

在一个自然年度内,在职职工年度最高支付限额为 1800 元、退休职工 2000 元。支付限额不结转、不累加到次年度。统筹基金支付普通门诊统筹的额度不计入职工医保统筹基金年度最高支付限额。

第九条 参保职工普通门诊发生的符合规定的医疗费用,起付标准以上、最高支付限额以下的,由统筹基金和个人共同分担。个人支付部分可由医保个人账户(含家庭共济账户)按规定支付:

(一)在一类收费价格定点医疗机构发生的符合规定的门诊费用,在职职工统筹基金支付 50%,退休职工统筹基金支付 55%;

(二)在二类收费价格定点医疗机构发生的符合规定的门诊费用,在职职工统筹基金支付 55%,退休职工统筹基金支付 60%;

(三)在三类收费价格及以下收费类别定点医疗机构发生的符合规定的门诊费用,在职职工统筹基金支付 60%,退休职工统筹基金支付 65%。

在定点零售药店持定点医疗机构外配处方发生的符合规定的药品费用,起付标准、基金支付比例按开具处方的定点医疗机构级别执行。

第十条 下列情形不纳入门诊统筹支付范围:

(一)不符合《中华人民共和国社会保险法》规定的医疗费用;

(二)参保职工在非定点医药机构发生的门诊医疗费用;

(三)参保职工在定点医药机构发生的起付标准以下、最高支付限额以上的门诊医疗费用;

(四)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;

(五)其它不符合职工医保统筹基金支付范围的费用。

参保职工在住院和家庭病床治疗期间不得同时享受门诊统筹待遇。

第四章 服务管理

第十一条 定点医药机构应按规定执行集中带量采购、医保支付标准等医保政策,要满足参保职工基本用药需求,按规定收费,并实时向医保经办机构上传参保职工就医信息及费用明细。

第十二条 参保职工在定点医疗机构门诊所需用药无法满足时,支持外配处方在定点零售药店结算和配药。纳入处方外配的定点零售药店应符合资质合规、管理规范、信誉良好、布局合理,对所售药品已实现电子追溯等条件,按规定接入医保信息系统平台,实现医保结算、智能监控信息化。

第十三条 探索将符合条件的“互联网+”门诊医疗服务纳入职工门诊统筹保障范围,支付比例按互联网医院依托的实体医疗机构级别执行。实体医疗机构应为统筹地区医保定点医疗机构。

第十四条 定点医疗机构应坚持因病施治、合理检查、合理

治疗、合理用药,优先为参保职工使用医保目录内诊疗项目(药品),严格控制目录外费用占比,医保经办机构要结合实际细化目录外费用占比指标并纳入协议管理。

第五章 费用结算

第十五条 参保职工在定点医药机构门诊就医购药,只需结算个人应负担的费用,应由统筹基金支付的部分,由医保经办机构按协议约定定期向定点医药机构支付。

第十六条 异地长期居住人员在居住地定点医药机构发生的符合规定的普通门诊医疗费用,按参保地政策规定进行结算。各统筹地区要进一步完善门诊异地就医直接结算管理机制,积极推进普通门诊统筹异地直接结算工作。

第十七条 医保经办机构要建立与定点医疗机构的谈判协商机制,探索职工医保门诊统筹医疗费用按病种(组)付费等结算方式,具体结算办法由各统筹地区结合实际另行制定。

第十八条 医保经办机构要将职工医保门诊统筹政策要求、管理措施、服务质量、考核办法、奖惩机制、参保人员满意度等落实到医疗服务协议中,并依据协议内容对定点医药机构进行服务质量年度考核,考核结果与基金结算挂钩。

第六章 监督管理

第十九条 各统筹地区要坚持以收定支、收支平衡原则,加

强医保基金预算管理,完善基金稽核、内部控制、基金预警、基金分析等制度。

第二十条 各统筹地区医疗保障部门要建立对门诊统筹的全流程动态管理机制,进一步健全医保基金安全防控机制,充分运用智能监控系统、实地稽核、第三方监管等措施,加强对门诊统筹医疗费用监管,严厉打击各类欺诈骗保行为,确保基金安全高效、合理使用。就医地医疗保障部门要将异地门诊就医、个人账户使用等同步纳入监管范围。

第七章 附 则

第二十一条 本办法由山西省医疗保障局负责解释,自2023年1月1日起施行,有效期5年。上述政策措施与之前我省有关文件规定不一致的,以本办法为准。

