

十堰市人民政府办公室文件

十政办发〔2022〕61号

市人民政府办公室 关于印发十堰市职工基本医疗保险门诊共济保障 实施细则（试行）的通知

各县市区人民政府，市政府各部门、各直属事业单位：

《十堰市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则（试行）》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。



十堰市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则

(试行)

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《湖北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》（鄂政办〔2022〕25号），结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 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，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门诊共济保障，提高参保人员门诊待遇。坚持因地制宜，在整体设计基础上，从我市实际出发，积极探索增强职工医保门诊保障的有效途径。

第三条 本实施细则适用于我市职工医保全体参保人员（以下简称参保人员）。

第二章 门诊共济保障

第四条 建立职工医保普通门诊统筹。职工医保门诊统筹所需资金从职工医保基金中支出，用人单位及职工医保参保人员不

再另行缴费。

第五条 参加职工医保并在待遇享受期内的人员，在全市范围内定点医疗机构发生的属于医疗保险药品、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录范围内的普通门诊（含急诊）医疗费用，一个自然年度内（1月1日至12月31日）累计超过普通门诊统筹起付标准以上、统筹基金最高支付限额以下的部分，由医保基金按比例支付。

1.起付标准。在职职工、退休人员为 500 元。

2.支付比例。在职职工在三级、二级、一级医疗机构（含社区卫生服务站和村卫生室）由统筹基金分别按照 50%、65%、80% 的比例支付，退休人员分别按照 60%、75%、90%的比例支付。

3.最高支付限额。在职职工和退休人员统筹基金年度最高支付限额为 3000 元。

普通门诊统筹的最高支付限额与住院、门诊特殊慢性病、特殊疾病（以下统称门诊慢特病）、“双通道”药品（定点医疗机构和定点零售药店两个渠道）的最高支付限额分别控制、合并计入职工医保统筹基金最高支付限额。

一个年度内普通门诊统筹最高支付限额仅限于当年使用，不得结转累加到次年，不能转让给他人使用。

门诊统筹起付标准、支付比例和最高支付限额等待遇政策根据我市社会经济发展水平和基金运行情况适时调整。需要进行调整时，由市医保部门会同市财政部门研究提出调整方案，报市政

府批准后公布实施。

第六条 生育门诊医疗费仍按我市现行政策执行。

第七条 完善门诊慢特病制度。将恶性肿瘤门诊治疗、尿毒症透析、器官移植（含组织、细胞移植）术后抗排异治疗、重性精神病人药物维持治疗、糖尿病胰岛素治疗、肺结核等治疗周期长、对健康损害大、费用负担重且其有效治疗可在门诊进行的病种纳入门诊慢特病管理范围。

第八条 参保人员异地就医发生的普通门诊就医费用，门诊统筹支付政策按我市在职和退休人员执行。

第九条 参保人员住院治疗期间，不得享受普通门诊统筹待遇。

第三章 个人账户管理

第十条 改革职工医保个人账户计入办法：

（一）用人单位在职职工个人账户计入标准按本人参保缴费基数²的 2%确定，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

（二）灵活就业参保人员按照统账结合方式缴纳基本医疗保险费，个人账户计入标准为本人参保缴费基数的 2%，其余基本医疗保险缴费部分全部计入统筹基金；按单建统筹方式参加职工医保的，缴费费率同步调整为 8%，不配置个人账户。

（三）退休人员个人账户按定额划入，划入标准按我市 2021 年基本养老金平均水平的 2.5%确定。

（四）因流动就业、就业状态变化等在不同时间段分别以统

账结合、单建统筹方式参加职工医保的人员，办理退休一次性清算后，按本条第三款规定执行。

（五）达到法定退休年龄，但未进行退休一次性清算，仍继续缴费的参保职工，按统账结合缴费的，其个人账户计入标准为其参保缴费基数的2%，按单建统筹缴费的不配置个人账户。

第十一条 个人账户按月计入，计入金额起止时间原则上和基本医疗保险待遇享受时间一致。

第十二条 规范个人账户使用范围。个人账户用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女以下费用：

（一）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。

（二）在实现信息系统支撑的前提下，实现个人账户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）探索个人账户用于本人参加职工大额医疗费用补助、长期护理保险等个人缴费，以及配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、长期护理保险等个人缴费。

第十三条 个人账户不予支付的范围。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 对出国、出境定居的职工医保参保人员，个人账

户余额经本人申请可支付给本人；参保职工死亡的，其个人账户余额可一次性支付给其法定继承人或指定受益人。

第四章 管理服务

第十五条 选取符合条件的定点医药机构作为普通门诊统筹定点医药机构，纳入普通门诊统筹协议管理，细化协议内容，将政策要求、管理措施、服务质量、考核办法、奖惩机制等落实到协议中，通过协议强化门诊医疗服务监管。

第十六条 参保人员应凭本人医保电子凭证、社会保障卡在定点医疗机构就医购药，无需办理签约手续，发生的门诊医疗费用由统筹基金按规定支付。

参保人员享受普通门诊统筹、门诊慢特病、“双通道”药品、住院等待遇，按我市医保相关政策规定执行，待遇限额不相互挤占。门诊慢特病费用不纳入普通门诊统筹支付范围。

积极开展“互联网+”医保服务，通过互联网、国家医保 APP、医保公众号、“鄂汇办”等渠道为参保人员提供线上便捷服务。

第十七条 逐步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。参保人员在定点医疗机构门诊所需用药无法满足时，定点医疗机构应支持参保人员持处方在符合条件的定点零售药店配药。参保人员外配购药的支付比例按其出具处方的定点医疗机构级别执行。

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。

第十八条 异地就医门诊费用实现直接结算后，参保人异地就医，在备案地定点医疗机构就医，发生的门诊费用应通过医保信息系统直接结算。因特殊情况未能实现直接结算的，应先由个人全额支付，于次年第一季度内将身份证复印件、门诊病历、费用收据、门诊处方送达参保辖区医疗保险经办机构审核结算，逾期不再予以办理。

第十九条 加强医保基金监督管理。严格执行医保基金预算管理制度，加强基金稽核和内控制度建设。认真贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，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。强化对门诊医疗行为、售药行为、就医购药行为的监管，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

第二十条 建立和完善医保智能监控系统，加强对门诊医疗服务和个人账户使用的监管。定点医药机构应当严格执行医保支付政策，不得骗取医疗保障基金，不得从个人账户套取现金。做好做实定点零售药店售药行为管理，建立健全完善的进销存管理体制机制，严格查处串换药品、销售生活日用品及其他违规行为。

第二十一条 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。

第五章 组织实施

第二十二条 医疗保障部门牵头做好建立健全职工医保门诊共济保障机制相关工作；卫生健康部门要加强医疗机构的监管考核，促进定点医疗机构规范诊疗行为，做好处方流转及处方评价工作，推进长处方规范管理工作，为参保人提供优质医疗服务；财政部门要做好职责范围内医保基金的监管使用工作，配合医保部门及时结算定点医药机构费用；人力资源社会保障部门要及时提供我市退休人员基本养老金平均水平等相关数据；药品监督管理部门和市场监督管理部门要依职责加强药品生产、流通环节监管、严厉打击倒卖药品等违法行为；税务部门要做好职工医保费的征收工作。

第二十三条 创新宣传方式，丰富宣传手段，广泛开展宣传，准确解读政策。充分宣传建立健全职工医保门诊共济保障机制对减轻参保人员医疗费用负担、促进制度更加公平更可持续的重要作用，大力宣传医疗保险共建共享、互助共济的重要意义。建立舆情监测和处置机制，积极主动回应社会关切，营造良好舆论氛围。

第二十四条 本实施细则由十堰市医疗保障局负责解释。

第二十五条 本实施细则自 2022 年 12 月 31 日起施行，试行期一年。

抄送：市委办。

市人大办、政协办，市法院、检察院。

十堰市人民政府办公室

2022 年 12 月 31 日印发