商洛市人民政府办公室
关于印发职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法的通知

商政办发〔2022〕27号

各县区人民政府，商洛高新区（商丹园区）管委会，市政府各工作部门、事业机构：

《商洛市职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

商洛市人民政府办公室

2022年6月24日

（行政规范性文件：商规〔2022〕003—市政办001）

商洛市职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法

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《国务院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指导意见》（国办发〔2021〕14号）和《陕西省人民政府办公厅关于印发建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施方案的通知》（陕政办发〔2022〕2号）等相关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条　本办法所指的职工医保门诊共济保障，仅指职工医保普通门诊。除此之外的门诊慢性病、特殊疾病（以下统称“门诊慢特病”）、门诊急诊抢救、特殊药品、特殊检查等门诊保障，继续执行现行政策。

第三条　职工医保门诊共济保障遵循“保障基本、统筹共济，平稳过渡、政策连续，协同联动、因地制宜”基本原则。

第四条　本办法适用于参加本市职工医保的全体参保人员。

第五条 市医保局负责全市职工医保门诊共济保障的政策制订及业务指导，各县(区)医保局负责本行政区域内职工医保门诊共济保障工作的组织实施。

第二章 个人账户共济保障

第六条 落实个人账户计入办法。单位（含灵活就业人员）缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。在职职工（含灵活就业人员）个人缴纳的基本医疗保险费，全部计入本人个人账户；参加职工医保的退休人员个人账户，由职工医保统筹基金定额划入，划入额度原则为改革当年全市基本养老金平均水平的2%左右，具体标准为每人每月划入90元。

在职转退休，从批准退休次月起为其变更个人账户计入办法和数额。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。

第七条 职工医保个人账户余额仅可用于支付以下费用：

（一）参保人员及其配偶、父母、子女在定点医疗机构门诊和住院发生的且由个人承担的诊疗项目费用（美容、健美、非功能性整容、矫形手术以及各种减肥、增胖、增高等非疾病治疗类费用除外），药品费用（准字号药品、中药饮片，不含国药准字B字号）、与疾病治疗和医疗康复相关的医疗器械、医用耗材、

辅助器具（食药监械字、药监械字）费用，各种疫苗及接种（国家扩大免疫规划除外）费用、医疗服务设施费用和应由个人负担的急诊、抢救医疗费用。

（二）参保人员及其配偶、父母、子女在定点零售药店购买药品（准字号药品、中药饮片，不含国药准字B字号）、新型冠状病毒抗原检测试剂及与疾病治疗和医疗康复相关的医疗器械、医用耗材、辅助器具（食药监械字、药监械字）费用。

（三）参保人员及其配偶、父母、子女在定点医疗机构发生的、由个人承担的生育医疗费用。

（四）缴纳参保人员职工大病医疗互助费，缴纳参保人员配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险费及以灵活就业人员身份参加职工医保和大病医疗互助的费用。

（五）缴纳参保人员及其配偶、父母、子女长期护理保险费以及支付应由个人和配偶、父母、子女负担的护理费用。

（六）缴纳参保人员及其配偶、父母、子女参加与基本医保相衔接的商业健康保险的费用。

第八条 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。

第九条 个人账户余额可结转使用和继承。参保人员跨市转

移职工医保关系的，个人账户资金原则上随其划转，特殊情况无法转移时可以划入本人社会保障卡金融账户或银行账户。

第三章　门诊统筹共济保障

第十条　建立普通门诊统筹保障机制，覆盖职工医保全体参保人员，立足保障基本医疗需求，主要用于支付参保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。在做好门诊慢特病医疗保障的基础上，将多发病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围。

第十一条　完善门诊慢特病保障政策。具体范围、保障标准、管理服务等按照我市基本医疗保险门诊慢特病保障相关政策执行。

第十二条　参保人员在市内有门诊统筹资格的医保定点医疗机构普通门诊就诊，政策范围内费用统筹基金按次设置起付标准：一级及以下定点医疗机构（含村卫生室、社区卫生服务中心等，下同）30 元/次，二级定点医疗机构 60 元/次，三级定点医疗机构 90 元/次。

第十三条　在职职工普通门诊，在起付标准以上、年度最高支付限额以内政策范围内的费用，统筹基金支付比例为：一级及以下定点医疗机构 70%，二级定点医疗机构 65%，三级定点医疗

机构 60%；退休人员在此基础上提高 5 个百分点。

第十四条 普通门诊政策范围内费用统筹基金年度最高支付限额，在职人员 1500 元、退休人员 2000 元。按月缴费的参保人员年度实际支付限额与缴费月数挂钩，即年度最高支付限额/12*缴费月数。

第十五条 普通门诊统筹按照陕西省基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施目录规定的支付范围支付。

第四章 管理与监督

第十六条 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，强化基金风险防控。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，做好收支信息登记、统计分析，确保基金平稳运行。

第十七条 创新门诊就医服务管理办法，健全医疗服务监控、分析和考核体系，完善定点医疗机构协议管理，通过协议强化普通门诊医疗服务监管，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。定点医疗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。

第十八条 参保人员凭医保电子凭证、社会保障卡或居民身份证，在定点医疗机构门诊就医购药直接结算，属于统筹基金支

付的，定点医疗机构实时上传费用信息按月结算；属于个人账户支付的，定点医疗机构实时上传费用信息并从个人账户中划扣；个人账户不够支付的，由参保人员自付。

第十九条 将符合规定的“互联网+”门诊医疗服务纳入保障范围，产生的政策范围内费用按照互联网医院依托的实体定点医疗机构级别进行结算报销。

第二十条 依托全国统一的医疗保障信息平台，探索建立药品“双通道”保障机制，参保人员持外配处方在定点零售药店配药，产生的政策范围内费用按开具处方的定点医疗机构级别进行结算报销。

第二十一条 推进门诊共济保障异地就医直接结算。退休异地安置人员、长期驻外工作人员及按照规定转诊异地就医的参保人员，可在备案后到市外的定点医疗机构就医，门诊共济保障费用实行联网结算。

第二十二条 医保、财政、人社、卫健、税务等部门要强化协同、抓好落实，确保医疗保障制度改革目标任务按期完成。

第二十三条 各级各有关部门要运用广播电视、报刊网络等媒体，加强政策正面解读，持续正向发声，讲清改革安排和政策效用。针对群众关心关注的热点问题，积极回应社会关切，充分

调动社会各界参与改革的积极性和主动性，凝聚社会共识，构建群策群力的良好社会氛围。

第五章　附　则

第二十四条　市医保局根据国家和省上部署，以及医保基金支付能力、医学技术发展等情况，对基本医疗保险门诊共济保障相关指标适时调整。

第二十五条　本办法由市医保局负责解释，自 2023 年 1 月 1 日起执行。国省另有规定的，从其规定。