

武汉市人民政府办公厅文件

武政办〔2022〕158号

市人民政府办公厅关于印发武汉市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则的通知

各区人民政府,市人民政府各部门:

《武汉市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则》已经市人民政府同意,现印发给你们,请认真组织实施。

武汉市人民政府办公厅

2022年12月31日

武汉市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则

第一章 总 则

第一条 为进一步健全职工基本医疗保险(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《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》(鄂政办发〔2022〕25号)等文件精神,结合我市实际,特制定本实施细则。

第二条 本实施细则适用于我市职工医保参保人员。

第三条 按照保障基本、公平适度、平稳过渡、协同联动的原则,改革职工医保个人账户,将参保人员门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围,建立统筹共济的职工医保门诊保障制度。

第四条 市医保部门负责我市职工医保门诊共济保障工作的组织实施,医疗保障经办机构(以下简称经办机构)负责职工医保门诊共济保障的经办服务管理、待遇审核和基金支付等工作。

市卫生健康、财政、人社、市场监管等部门依据各自职责做好职工医保门诊共济保障相关工作。

第二章 调整个人账户

第五条 用人单位在职职工个人账户计入标准按照本人参保

缴费基数 2% 确定,单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金;退休人员个人账户原则上由统筹基金按照定额计入,计入标准按照我市2021年度基本养老金平均水平的 2.5% 确定,具体计入金额为每月83元。

1953年底之前参军复员转业到企业工作的退休人员个人账户计入标准由市医保部门会同市财政部门另行制定。

第六条 参加我市职工医保的灵活就业人员,原则上不再给予门诊和购药补助,不计入个人账户。参加职工医保的灵活就业人员,退休后可给予门诊和购药补助,补助标准参照用人单位退休人员个人账户计入金额的 80% 执行,具体补助金额为每月66元。

第七条 参保人员达到法定退休年龄,累计缴费年限达到本市规定年限或者按照规定补缴的,办理退休手续后从次月起按退休人员政策执行。

第八条 个人账户主要用于支付下列费用:

(一)参保人员在定点医疗机构或者定点零售药店就医购药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,可用于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)在实现信息系统支撑的前提下,可用于参保人员本人及其配偶、父母、子女参加我市城乡居民基本医疗保险、职工大额医

疗保险、长期护理保险等个人缴费；

(四)其他符合国家、省允许使用的范围。

第九条 个人账户资金不得用于公共卫生费用、体育健身或者养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出,以及国家规定的基本医疗保险基金不予支付项目的支出。

第十条 个人账户资金的结转使用和继承按照本市个人账户管理相关规定执行。

第三章 建立普通门诊统筹

第十一条 符合规定的普通门诊医疗费用纳入职工医保统筹基金支付范围,用人单位及参保人员不再另行缴费。用人单位未按照规定缴纳职工医保费,给在职职工和退休人员造成损失的,由用人单位承担医疗费用相关赔偿。

第十二条 普通门诊统筹执行国家、省基本医疗保险药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围的规定。

参保人员在异地发生的普通门诊费用,按照异地就医管理有关规定执行。

第十三条 参保人员在定点一级及以上医疗机构、乡镇卫生院、社区服务中心门诊就医,发生的符合规定的普通门诊医疗费用,在一个自然年度内累计超过普通门诊统筹起付标准以上的部分,由统筹基金按比例支付。统筹基金支付设定门诊统筹年度支付限额。

第十四条 普通门诊统筹起付标准按年度设定,在一个自然年度内累计计算。在职人员起付标准为 700 元,退休人员起付标准为 500 元。

第十五条 参保人员发生的统筹基金支付范围内普通门诊医疗费用,在起付标准以上的,由统筹基金和个人按照下列规定比例分别负担:

(一)在一级医疗机构(含乡镇卫生院、社区卫生服务机构)普通门诊就医的,在职人员个人支付比例为 20%,统筹基金支付比例为 80%;退休人员个人支付比例为 16%,统筹基金支付比例为 84%;

(二)在二级医疗机构普通门诊就医的,在职人员个人支付比例为 40%,统筹基金支付比例为 60%;退休人员个人支付比例为 32%,统筹基金支付比例为 68%;

(三)在三级医疗机构普通门诊就医的,在职人员个人支付比例为 50%,统筹基金支付比例为 50%;退休人员个人支付比例为 40%,统筹基金支付比例为 60%。

参保人员使用基本医疗保险药品目录中的乙类药品和医疗服务诊疗项目目录中的乙类项目的,个人先支付 10%,余额再按照上述规定执行。

第十六条 普通门诊统筹年度支付限额为在职人员 3500 元,退休人员 4000 元。支付限额在一个自然年度内有效,不滚存、不累计,不能转让他人使用。

第十七条 在经办机构办理异地安置、常驻异地、异地长期居住备案的参保人员,在安置地、常驻地、长期居住地定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用,按照本细则第十四条、第十五条、第十六条规定执行。

参保人员因其他情形在本市统筹范围以外医疗机构发生的普通门诊医疗费用,个人先支付 10%后,余额按照本细则第十四条、第十五条、第十六条规定执行。

第十八条 普通门诊统筹费用与门诊慢性病、特殊疾病(以下统称门诊慢特病)统筹费用分别管理,分别计算。

第十九条 普通门诊统筹支付限额与住院、门诊慢特病、纳入“双通道”管理的国家医保谈判药品的年度支付限额分别计算,合并计入职工医保统筹基金年度最高支付限额。

第二十条 《中共武汉市委 武汉市人民政府关于积极推进“城中村”综合改造工作的意见》(武发〔2004〕13号)规定范围内,按照相关规定参加养老保障的“城中村”综合改造村改居养老人员,补足基本医疗保险费后,从缴费次月起享受职工医保普通门诊统筹待遇。

第四章 医药服务管理和监督

第二十一条 参保人员凭本人医保电子凭证或者社会保障卡在定点医药机构就医购药,发生的门诊医疗费用应当通过医疗保险信息系统直接结算。

第二十二条 完善与门诊共济保障相适应的付费机制。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;对不宜打包付费的门诊费用,可按项目付费;对符合条件的门诊特殊病种,推行按病种或者按疾病诊断相关分组付费。具体定点就医管理及结算办法,由市医保部门另行制定。

第二十三条 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,探索将符合条件的“互联网+医疗服务”纳入门诊保障范围。

第二十四条 生育门诊医疗费用、享受门诊慢特病待遇和需使用国家谈判药品“双通道”药品治疗的,统筹基金支付政策按照我市现行政策执行。

第二十五条 严格执行医保基金预算管理制度,加强基金稽核制度和经办机构、医药机构内控制度建设。严格执行统筹基金收、支预算管理,实时监测统筹基金运行情况。健全完善个人账户使用管理办法,建立对个人账户全流程动态管理机制。

第二十六条 完善医保定点医药机构服务协议管理办法,健全医药服务监控、分析和考核体系,规范定点医药机构服务行为。医疗机构和患者应当优先使用国家和省、市集采中选药品、协议期内谈判药品等疗效确切、价格适宜的药品。

第二十七条 建立医保基金安全防控机制,健全医疗行为诚信体系管理,严格门诊处方评价机制、检查检验考核机制、售药购药评价机制、医保信用评价机制,强化对医疗行为和医疗费用的监

管,严厉打击欺诈骗保行为,确保医保基金安全高效、合理使用。

第五章 附 则

第二十八条 根据国家、省有关规定以及职工医保统筹基金运行情况,市医保部门对职工医保门诊共济保障机制运行情况定期评估,并会同市财政部门对个人账户计入标准、普通门诊统筹待遇标准进行适当调整,报市人民政府批准后实施。

抄送:市纪委监委机关,市委办公厅,武汉警备区,各人民团体,各民主党派。
市人大常委会办公厅,市政协办公厅,市法院、检察院。
各新闻单位,各部属驻汉企业、事业单位。

武汉市人民政府办公厅

2022年12月31日印发
