

兰州市医疗保险服务中心文件

兰医保中心〔2022〕26号

关于印发《兰州市职工基本医疗保险门诊共济保障经办规程》的通知

各县区医保经办机构、各定点医疗机构：

现将《兰州市职工基本医疗保险门诊共济保障经办规程》印发给你们，请认真贯彻执行。

兰州市医疗保险服务中心

2022年12月12日



兰州市职工基本医疗保险门诊 共济保障经办规程

为进一步健全互助互济、责任共担的职工基本医疗保险（以下简称职工医保）制度，切实减轻职工门诊医疗费用负担，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）、《甘肃省人民政府办公厅关于印发甘肃省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法的通知》（甘政办发〔2021〕111号）、《甘肃省医疗保障局 甘肃省财政厅关于印发甘肃省省直职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则的通知》（甘医保发〔2022〕74号）、《兰州市人民政府办公室关于印发兰州市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则的通知》（兰政办发〔2022〕140号）等相关要求，结合我市实际，制定本规程。

第一章 总则

第一条 建立职工医保门诊共济保障机制，主要是将门诊医疗费用纳入职工医保统筹基金支付范围，改革职工医保个人账户，提高医保基金使用效率，切实减轻参保人员医疗费用负担，实现制度更加完善、公平、可持续。

第二条 本规程适用我市各级医保经办机构、定点医药机构办理职工基本医疗保险门诊共济保障业务。

第三条 市医保经办机构负责建立统一规范的普通门诊经

办业务流程和费用结算办法，强化基础管理和经办机构内控管理，指导督促市级定点医疗机构和县区经办机构做好服务工作，提高经办水平。各县区医保经办机构负责辖区内门诊共济保障的经办管理服务，定点医疗机构根据服务协议为参加职工基本医疗保险人员提供门诊共济保障服务。

第二章 保障范围和待遇标准

第四条 参加兰州市职工基本医疗保险的人员（在职职工、退休职工、灵活就业人员）在定点医疗机构门诊就医时产生的政策范围内检查、化验、治疗及药品费用。

第五条 参加职工医保并在待遇享受期内的人员，按规定享受职工医保普通门诊费用统筹保障待遇。

（一）保障标准。一个自然年度内，参保职工在定点医疗机构门诊就医，累计发生的政策范围内普通门诊医疗费用，在起付标准 200 元以上，最高支付限额 2500 元以内的纳入报销范围，年度最高支付限额当年有效，不滚存、不累计、不转让。不占用年度内职工基本医疗保险统筹费用封顶 6 万元，不参与住院、门诊慢特病统筹费用 6 万元的累积。

（二）报销比例。在三级定点医疗机构就医的，在职人员 55%、退休人员 60%，在二级定点医疗机构就医的，在职人员 60%、退休人员 65%，在一级定点医疗机构就医的，在职人员 65%、退休人员 70%。

（三）政策衔接。参保人员已办理门诊慢特病的，优先按门诊慢特病政策予以保障，超出门诊慢特病限额发生的门诊医

疗费用，按普通门诊统筹政策予以保障。参保人员日间手术及住院期间，不享受普通门诊统筹及门诊慢特病待遇。中医药日间诊疗纳入普通门诊共济保障支付范围限额内，起付标准、报销比例执行普通门诊统筹政策标准。

（四）异地结算。参保职工门诊统筹费用异地就医直接结算无需备案，可在就医地已开通异地就医门诊直接结算的定点医疗机构刷卡就诊，发生的应由参保人员个人支付的医药费，由参保人员直接与定点医疗机构按规定即时结算，应由医保基金支付的医药费，按照国家、省有关规定结算。未开通异地就医直接结算的地区，参保职工可选择在常驻地、居住地或安置地的定点医疗机构就医，就医结束后12个月内将资料报送至县区医保经办机构申请结算，逾期不报销（特殊情况除外）。报销时需提交以下资料：

1. 普通门诊费用发票原件；
2. 门诊购药清单原件（发票上列举清楚的除外）、检查、化验报告单等；
3. 社保卡复印件，没有社保卡的提供身份证和银行卡复印件，同时均须注明户名和开户行网点；
4. 委托代办时，代办人除携带以上资料外，还需提供代办人身份证复印件。

第六条 门诊统筹医疗费用支付范围应符合国家、省有关基本医疗保险药品、医用耗材、诊疗项目目录管理的规定，属于乙类的药品、项目、耗材先由个人自付10%，再按比例予以报销。

第七条 下列情形产生的普通门诊医疗费用，统筹基金不予支付。

- (一) 不属于基本医疗保险《药品目录》《诊疗项目目录》《医用耗材目录》范围内的费用；
- (二) 应从工伤保险基金中支付的；
- (三) 应由第三方负担的；
- (四) 应由公共卫生负担的；
- (五) 在境外就医的；
- (六) 在非定点医疗机构产生的费用（急诊、抢救除外）；
- (七) 健康体检费用；
- (八) 酗酒、打架斗殴、各种违法行为导致的门诊医疗费用；
- (九) 其他有关规定不予支付的项目费用。

第三章 个人账户

第八条 医保经办机构按照以下参加职工基本医疗保险人员类别和标准按月拨付医保个人账户资金。

(一) 在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准为本人参保缴费基数的 2%；原单位缴纳的基本医疗保险费不再计入个人账户。

(二) 灵活就业人员在职人员缴费不再计入个人账户。

(三) 退休人员（含灵活就业退休人员）个人账户由统筹基金按定额划入，划入标准为我市 2022 年基本养老金平均水平的 2%，金额为 90 元/月。从医保在职转退休当月起为其变更个人账户计入比例和办法。

第九条 各级经办负责本辖区内个人账户开设及账户管理工作。市级经办机构负责个人账户按月上账工作，缴费当月即可计入个账资金。

第十条 个人账户可用于支付参保人本人及其配偶、父母、子女以下费用：

（一）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）配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费（须在国家医保服务平台 APP、相关公众号绑定后）。

（四）其他符合国家、省规定的费用。

第十一条 个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健及其他不属于基本医疗保障范围支出的费用。

第十二条 当参保人出现以下各种特殊情况时，医疗保障经办机构应按以下措施及时处理医保个人账户资金。

（一）参保人省内跨市转移职工医保关系的，个人账户随医保关系自动划转使用、不提现。参保人跨省转移职工医保关系的，个人账户结余资金可随同转移。

（二）参保人员死亡后，单位职工由用人单位（社会化管理的社区）、灵活就业人员由亲属及时申报停保终止待遇；个人账户如有结余资金，可由代办人员进行个人账户返还。死亡人员未及时申报停保手续造成个人账户资金多计入部分，医保经办

机构在办理个人账户清算时予以追回。

(三) 个人账户通过社会保障卡(医保电子凭证)或身份证支付,参保人员应妥善保管社会保障卡(医保电子凭证)或身份证等医保支付介质,因个人管理不善造成的损失由本人承担。

第十三条 改革前个人账户历年结余仍归参保人员所有,按规定结转使用。

第四章 费用结算

第十四条 医保经办机构与普通门诊定点医疗机构按项目付费方式进行结算。参保人员凭社会保障卡(医保电子凭证)或者本人身份证在定点医疗机构门诊就医,门诊医疗费用通过医疗保障信息平台直接结算,参保人发生的普通门诊费用直接与就诊医疗机构刷卡结算,其中个人支付部分由参保人支付,普通门诊基金支付部分,由各级医保经办机构与定点医疗机构按规定结算。

第十五条 根据国家和省级规定,相关条件具备后,参保职工在定点医疗机构门诊所需用药无法满足时,可持就医医疗机构盖章确认的外配处方前往我市门诊慢特病定点零售药店购药并予以刷卡结算(按照三级定点医疗机构报销比例报销,即在职人员 55%,退休人员 60%)。

第十六条 参保职工因急救、抢救在非定点医疗机构发生的政策范围内的普通门诊费用,报销时参照第五条执行,同时须提供急诊急救病历资料。

第五章 管理服务

第十七条 职工门诊统筹层次同职工基本医疗保险保持一致，实行市级统筹。

第十八条 市、县区医保经办按月同两定医药机构进行门诊共济费用结算。支付时预留5%保证金，一个协议年度结束后，根据考核结果按比例返还。

第十九条 职工门诊共济实行协议化管理，协议相关内容纳入《兰州地区基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议》。

第二十条 医保经办机构应加强服务协议管理，推动定点医疗机构提升门诊医疗服务质量。

第六章 监督管理

第二十一条 医保经办机构应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，充分运用智能监控系统、实地稽核、引入第三方监管力量等办法，强化对医疗行为和医疗费用的监管，针对冒名顶替、虚假处方、诱骗患者接受治疗和消费等行为开展重点稽核，确保基金安全高效、合理使用。

第二十二条 完善门诊就医管理办法，健全医疗服务监控、分析和考核体系。建立医疗服务监控预警提醒和分析考核制度，常态化监测医药费用增长快、次均费用高、患者自费比例高、检查费用占比高、目录外项目使用多等异常指标，引导定点医

疗机构规范诊疗服务。

第二十三条 定点医药机构应积极做好对参保人员门诊共济保障宣传工作，优先使用集中带量采购中选品种，提供质优、价廉的就诊服务。

第二十四条 定点医药机构应严格按照《医疗保障基金监督管理条例》、《医疗机构保障定点管理暂行办法》、《零售药店定点管理暂行办法》的相关要求执行医保支付政策，规范门诊医疗服务行为，在参保人员就医过程中要因病施治、合理诊疗。

第二十五条 定点医药机构应为参保职工提供结算票据，并在票据上注明基金支付类型及金额。

第七章 附则

第二十六条 本规程自 2023 年 1 月 1 日起执行。此前有关经办规程条款与本规程不一致的，以本规程为准。