附件：

南昌市职工基本医疗保险门诊共济保障

机制实施细则

****（征求意见稿）****

**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制度，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)、《江西省人民政府办公厅关于建立健全江西省职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》(赣府厅发〔2021〕47号)等文件精神，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 职工基本医疗保险（以下简称职工医保）门诊共济保障机制遵循以下原则：

（一）坚持保障基本，统筹共济，切实维护参保人员权益；

（二）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；

（三）坚持政策联动，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。

第三条 职工医保门诊共济实行市级统收统支，市、县（区）两级经办管理。

全市统一保障范围、统一筹资标准、统一待遇水平、统一经办流程、统一基金管理、统一信息系统。

第四条 全市各级医疗保障行政部门负责职工医保门诊共济的组织实施、监督管理工作；全市各级医疗保险经办机构负责职工医保门诊共济的业务经办工作。

财政、卫健、公安、市场监管、民政、审计、税务等部门应当在各自职责范围内协同做好职工医保门诊共济工作。

**第二章 保障范围**

第五条 本实施细则适用于参加了南昌市职工医保并正常享受待遇的人员（以下称参保人员）。

第三章 门诊共济待遇

第六条 参保人员因普通病门诊（以下称普通门诊）在定点医药机构就医购药发生的符合国家、江西省规定的药品、医用耗材和诊疗项目、医疗服务设施范围内的医药费用，由职工医保门诊共济基金和个人共同负担。

第七条 一个自然年度内，普通门诊统筹的起付线为600元；政策范围内支付比例按照医疗机构等级设置为：一级及以下60%、二级55%、三级50%；最高支付限额1800元。

享受职工医保退休待遇的人员支付比例提高5个百分点，年度最高支付限额提高至2000元。

第八条 参保人员办理完结职工医保在职转退休后的次月起，变更门诊共济基金支付限额和支付比例。

第九条 市医疗保障局、市财政局根据上级部门政策及门诊共济基金运行情况对普通门诊统筹待遇进行动态调整。

第十条 适时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共济保障范围。

第十一条 鼓励参保人员持定点医疗机构外配处方在定点零售药店结算和配药，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用。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。

第十二条 办理了异地安置及转诊备案手续的参保人员，在安置地及转入地定点医疗机构发生的普通门诊费用，按本市同等待遇享受。

第十三条 普通门诊统筹年度最高支付限额在当年使用，不能结转下一年度，不能转让他人使用。门诊诊察费不计入门诊统筹支付限额。

第十四条 普通门诊统筹费用进入大病保险支付段后支付比例不变。在一个参保年度内，普通门诊统筹与门诊特殊慢性病、住院医疗费用等报销额度合并计算，不得超过基本医疗保险与大病保险年度最高支付限额之和。

第十五条 参保人员因下列情形发生的普通门诊医疗费用，门诊共济基金不予支付：

（一）不符合基本医疗保险规定支付范围的医疗费用；

（二）在住院期间发生的医疗费用；

（三）医保待遇暂停期间发生的医疗费用；

（四）在非定点医药机构发生的医疗费用；

（五）未办理异地安置及转诊备案手续在统筹地区以外医药机构发生的医疗费用；

（六）其他违反医疗保障规定的费用。

第十六条 职工医保门诊特殊慢性病病种范围、支付比例、支付限额按我市现行政策文件执行。

本细则实施后，根据上级部门的安排部署调整门诊特殊慢性病病种范围、支付比例、支付限额、管理办法等政策。

第十七条 在享受门诊共济待遇的基础上，参保人员符合医疗救助条件的，可按规定享受医疗救助待遇。

**第四章 个人账户管理**

第十八条 改革个人账户计入办法。在职参保人员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%,单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金；灵活就业人员个人账户计入水平为本人参保缴费基数的2%。

第十九条 本细则实施前已经办理完结医保关系在职转退休手续的参保人员个人账户由统筹基金按定额、按月划入，划入定额为改革当年（2023年）全省基本养老金平均水平的2.5%。

第二十条 本细则实施后，参保人员办理完结职工医保在职转退休后的次月起，为其变更个人账户计入比例和办法，由统筹基金按定额、按月划入，划入定额为改革当年（2023年）全省基本养老金平均水平的2.5%。

第二十一条 一次性预缴、补缴职工医保保险费的，按预缴、补缴基数的2%一次性划入个人账户。

第二十二条 建立门诊共济基金，改革个账账户计入办法后与改革前计入办法相比较少计入个人账户的基金纳入门诊共济基金，实行专账管理，专门用于普通门诊统筹待遇支出。

门诊共济基金出现结余时，根据实际情况调整提高普通门诊统筹待遇标准。

门诊共济基金出现超支时，超支部分由职工医保统筹基金历年滚存结余支付并视情况调整结算办法。

第二十三条 机关事业单位补充医疗保险及抗美援朝、企业军转干部医疗专项救助中划拨个人账户的标准按相关文件规定执行。

第二十四条 规范个人账户使用范围。个人账户主要用于支付下列费用：

（一）参保人员参加职工大病保险的费用；

（二）参保人员在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用；

（三）参保人员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；

（四）参保人员及其配偶、父母、子女购买经市医疗保障局备案的商业补充医疗保险的费用。

2023年底前实现个人账户用于支付下列费用：

（一）参保人员配偶、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；

（二）参保人员配偶、父母、子女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；

第二十五条 积极探索个人账户用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。

第二十六条 个人账户不得用于支付以下费用：

（一）应当从工伤保险基金中支付的；

（二）应当由第三人负担的；

（三）应当由公共卫生负担的；

（四）在境外就医的；

（五）体育健身、养生保健消费、健康体检等不属于基本医疗保险保障范围的支出；

（六）国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

第二十七条 个人账户计息按照国家有关规定执行，个人账户资金可以结转使用和继承。职工医保关系转移至其他统筹地区的，个人账户随其医疗保险关系转移划转。参保人员死亡后，个人账户结余资金可一次性拨付给合法继承人。

第二十八条 办理异地安置的参保人员不再进行个人账户发放。

第五章 定点管理

第二十九条 普通门诊统筹实行定点医药机构管理。本市基本医疗保障定点医疗机构均纳入普通门诊统筹定点范围。

第三十条 职工医保定点零售药店本着自愿申请的原则由市医疗保障部门择优纳入普通门诊统筹定点范围。

第三十一条 定点医药机构实行协议管理。市级医疗保障部门统一制定定点医药机构服务协议文本，协议主要包括服务范围、服务内容、服务质量、费用结算、医疗服务监管、违约处理等内容，并明确定点医药机构和医疗保险经办机构的权利与义务。

第三十二条 普通门诊统筹实行计算机信息化管理，定点医药机构应使用全省统一的江西省医疗保障信息平台。

第三十三条 定点医药机构要坚持因病施治配药的原则，以参保人员为中心，合理检查、合理治疗、合理用药配药，确保门诊医疗服务质量，不得以任何理由和借口推诿、拒绝参保人员的门诊医疗需求。

第六章 费用结算

第三十四条 参保人员凭电子医保凭证或本人社会保障卡在本市定点医疗机构就医购药，应参保人员负担的部分，由参保人员直接与定点医疗机构结算；应门诊共济基金负担的部分，三级医疗机构由市医疗保障服务中心负责与医疗机构结算，二级及以下医疗机构由属地县（区）医疗保险经办机构负责与医疗机构结算。

第三十五条 参保人员在开通异地就医门诊直接结算的异地定点医疗机构（含省内及跨省异地就医定点医疗机构）发生的应由参保人员负担的医药费用，由参保人员直接与定点医疗机构结算；应由门诊共济基金负担的医药费，按照国家、省有关规定结算。

第三十六条 参保人员在可刷卡结算的定点医疗机构由于各种客观原因未刷卡及在未开通异地就医门诊直接结算的异地定点医疗机构（含省内及跨省异地就医定点医疗机构）发生的普通门诊医疗费用由参保人员全额垫付,垫付后应及时向参保地医疗保险经办机构按规定申请办理零星报销。

第三十七条 申请普通门诊费用零星报销时，应提交以下材料：医保电子凭证或有效身份证件、门诊票据原件、费用明细单。

第三十八条 参保人员在我市已开通普通门诊统筹用药保障的定点零售药店购药发生的医药费用，应由参保人员负担的部分，由参保人员直接与定点零售药店结算；应由医保基金负担的部分，由定点零售药店与医疗保障经办机构结算。

第三十九条 市医疗保障服务中心负责建立全市统一规范的普通门诊统筹经办业务流程，提高经办服务水平。

第四十条 医保经办机构与定点医药机构对普通门诊统筹费用实行据实结算，试行一年。

试行期结束后由市医疗保障局、市财政局视普通门诊门诊共济基金运行情况延续使用据实结算办法或另行制定结算办法。

**第七章 监督管理**

第四十一条 严格执行门诊共济基金收、支预算管理，按月做好收支信息统计，实时监测门诊共济基金运行情况。

第四十二条 建立普通门诊费用监控预警提醒机制，常态化监测普通门诊医药费用增长快、次均费用高、患者自费比例高、检查费用占比高等异常指标，引导定点医疗机构规范诊疗服务。

第四十三条 强化医保协议日常监管考核，将考核结果与医保的费用年终清算、协议续签和终止等挂钩，督促激励定点医药机构加强自我管理。

第四十四条 严格落实《医疗保障基金使用管理条例》，加强对定点医疗机构医疗行为和医疗费用的监管，实现医保基金全领域、全流程、全方位监管，严厉打击欺诈骗保行为。

第四十五条 卫生健康、公安、市场监管、审计等有关部门要承担起协同监管责任，严肃查处定点医疗机构、参保人、医保经办机构违法违规行为。

**第八章 附则**

第四十六条 本实施细则由市医疗保障局负责解释。

第四十七条 本实施细则自2023年1月1日起施行。