# 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

各市、自治州人民政府，兰州新区管委会，省政府各部门，中央在甘各单位：

《甘肃省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法》已经省政府同意，现印发你们，请认真贯彻执行。

各市州人民政府要高度重视，切实加强组织领导，建立协调机制，抓好工作落实。各统筹地区要在加快做实职工医保市级统筹的基础上，2022年6月底前出台建立职工医保门诊共济保障机制实施细则，确保本统筹地区范围内实施统一政策；2023年1月启动实施，确保改革任务落地见效。

甘肃省人民政府办公厅

2021年12月16日

（此件公开发布）

**甘肃省职工基本医疗保险**

**门诊共济保障实施办法**

第一章 总  则

第一条 为进一步完善职工基本医疗保险（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，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），结合我省实际，制定本实施办法。

第二条 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，实现制度更加公平可持续。

第三条 建立职工医保门诊共济保障机制，要坚持保障基本，统筹共济，切实维护参保人员权益；坚持平稳过渡，使改革前后待遇顺畅衔接；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；坚持因地制宜，在国家基本政策框架内，鼓励各统筹地区从实际出发，积极探索增强职工医保门诊共济保障的有效途径。

第四条 本实施办法适用于甘肃省职工医保参保人员（以下简称参保人员）普通门诊医疗费用保障。

第二章 门诊共济保障待遇

第五条 建立职工医保普通门诊医疗费用统筹保障机制。在做好高血压、糖尿病等群众负担较重的门诊慢性病、特殊疾病（以下统称门诊慢特病）医疗保障工作的基础上，逐步将多发病、常见病的普通门诊医疗费用纳入统筹基金支付范围。

第六条 调整统筹基金和个人账户收入结构，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金，增加的统筹基金主要用于增强门诊共济保障功能，提高参保人员门诊待遇。

第七条 一个自然年度内，参保人员在定点医疗机构普通门诊累计发生的起付标准以上、最高支付限额以下政策范围内医疗费用，纳入统筹基金支付范围。原则上起付标准按照不高于300元、最高支付限额按照不高于2500元确定；支付比例在职职工为60%左右，退休人员为65%左右，对不同级别医疗机构设置差别化支付比例。具体起付标准、最高支付限额和支付比例由各统筹地区根据基金承受能力科学测算、自主确定。上述标准随经济发展作相应调整。

第八条 职工医保门诊共济保障机制建立后，要确保普通门诊、门诊慢特病和住院保障待遇有效衔接。继续将部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的疾病门诊医疗费用纳入门诊慢特病保障范围。对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，可参照住院待遇进行管理。

第三章 服务管理

第九条 完善定点医疗机构协议管理，将门诊医疗服务纳入协议管理内容，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。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，普通门诊定点医疗机构原则上应以基层医疗机构为主，引导参保人员在基层就医首诊。

第十条 门诊医疗费用支付范围应符合国家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。

第十一条 建立健全简便、快捷的门诊医疗费用结算办法、经办服务流程，加快推进门诊医疗费用异地就医直接结算。参保人员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。

第十二条 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，可持外配处方在定点零售药店结算和配药。相关条件具备后，可将符合条件的“互联网+”门诊医疗服务纳入保障范围。

第十三条 建立适合门诊医疗服务特点的医保支付方式，对基层医疗服务可按人头付费，激励、引导医疗机构和医生合理诊疗、合理用药，减少医疗资源浪费。

第十四条 加大药品集中带量采购力度，医疗机构应优先使用中选药品。科学合理确定医保药品支付标准，引导医疗机构和患者主动使用疗效确切、价格合理的药品。

第四章 个人账户管理

第十五条 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。退休人员个人账户由统筹基金定额划入，划入额度由统筹地区按实施改革当年基本养老金平均水平的2%左右确定。

第十六条 个人账户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，可以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。相关条件具备后，个人账户可用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健等不属于基本医疗保障范围的支出。

第十七条 健全完善个人账户使用管理办法，做好收支信息统计。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。

第五章 监督管理

第十八条 严格执行医保基金预算管理制度，加强基金稽核制度和内控制度建设。

第十九条 强化对定点医疗机构医疗行为和医疗费用的监管，建立门诊共济保障和个人账户使用全流程动态管理机制，健全医疗服务监控、分析和考核体系，加强身份认定、处方管理、费用结算等环节的审核，严厉打击冒名顶替、虚假处方、“挂床”住院、诱导住院等各类套取医保基金的欺诈骗保行为。

第六章 附  则

第二十条 本实施办法自发布之日起施行。