

长沙市人民政府办公厅文件

长政办发〔2022〕39号

长沙市人民政府办公厅 关于印发《长沙市职工基本医疗保险门诊共济 保障机制实施细则》的通知

湖南湘江新区管委会，各区县（市）人民政府，市直机关各单位：

《长沙市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真遵照执行。



（此件主动公开）

长沙市职工基本医疗保险 门诊共济保障机制实施细则

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的门诊保障问题，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）、《湖南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》（湘政办发〔2022〕12号）精神，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 建立健全门诊共济保障机制，改革职工医保个人账户。建立职工医保普通门诊统筹；完善个人账户使用管理；统一职工医保门诊慢性病、特殊疾病医疗保障，按照省级医疗保障行政部门的相关规定执行。

第三条 本实施细则适用于长沙市职工医保参保人员。

第四条 建立职工医保普通门诊统筹（以下简称职工门诊统筹）制度，参保人员在门诊统筹定点医疗机构就诊的门诊医疗费用，职工医保统筹基金按规定予以支付，职工门诊统筹待遇享受期与职工医保待遇享受期一致。

第五条 一个自然年度内，职工门诊统筹起付标准累计不超过

300元，在职职工最高支付限额为1500元，退休人员最高支付限额为2000元，不计入职工医保年度最高支付限额。具体支付标准如下：

（一）一级定点医疗机构及基层定点医疗卫生机构不设起付标准，按70%比例支付；

（二）二级定点医疗机构起付标准200元，按60%比例支付；

（三）三级定点医疗机构起付标准300元，按60%比例支付。

第六条 职工门诊统筹支付范围与基本医疗保险支付范围一致，即国家、省规定的基本医疗保险药品目录、医疗服务项目目录和医用耗材目录范围，基本医疗保险支付范围外的不予支付。

第七条 急诊抢救在72小时内转为住院治疗的，急诊抢救医疗费用与住院费用合并计算；急诊抢救死亡的，参照住院政策支付；其他急诊费用按职工门诊统筹标准支付。

第八条 参保人员在门诊统筹定点医药机构就诊结算时，只需支付个人自付部分，应由职工医保统筹基金支付的部分，由医疗保障经办机构与门诊统筹定点医药机构按相关规定结算。参保人员在非门诊统筹定点医药机构就诊，或未在定点医药机构直接结算的门诊费用，职工医保统筹基金不予支付。

第九条 职工医保个人账户按以下方式计入：

（一）在职职工的个人账户，由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准为职工本人参保缴费基数²的2%，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金；

（二）退休人员（含单位退休人员及灵活就业退休人员）的个人

账户，由统筹基金按全省统一标准定额划入，划入额度为75元/月。

职工医保参保人员从完成医疗保险退休手续的次月起，按照退休人员方式计入其个人账户。

第十条 个人账户主要用于支付：

（一）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；

（二）参保人员本人及其配偶、父母、子女，购买普惠型商业补充医疗保险的费用；

（三）参保人员本人需缴纳的大额医疗费用补助费；

（四）参保人员为其配偶、父母、子女购买城乡居民基本医疗保险的个人缴费费用；

（五）其他符合国家、省有关规定的费用。

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。

第十一条 个人账户本金和利息为参保人员个人所有，可以结转使用和依法继承。

第十二条 符合规定的“互联网+”门诊医疗服务纳入职工门诊统筹支付范围，按照互联网医院依托的实体定点医疗机构结算政策进行报销。参保人员持定点医疗机构门诊医师处方或医保医师电子流转处方，到门诊统筹定点零售药店的配药费用，按开具处方的定点医疗机构结算政策进行报销。

第十三条 参保人员享受住院待遇期间，不享受职工门诊统筹和慢特病门诊待遇；“双通道”管理药品待遇和慢特病门诊待遇已支付的医疗费用，职工门诊统筹待遇不予支付。

第十四条 职工门诊统筹费用实行按项目付费，待条件成熟后，根据医疗机构特点和基金运行等情况，逐步探索建立按病种或按疾病诊断相关分组付费、基层医疗服务按人头包干付费、与慢性病管理相结合的医保复合型付费方式。

第十五条 强化职工门诊统筹定点医药机构协议管理，建立健全适合门诊特点的医疗服务管理和考核体系，加强对门诊就诊率、转诊率、次均费用、费用结构等考核，引导定点医疗机构为参保人员提供规范、优质的诊疗服务。

第十六条 建立健全医保基金安全防控机制，全面加强医保行政监管和经办稽核，将门诊医疗费用纳入常态化监管范围，严肃查处造假欺诈、虚构医疗服务项目、过度诊疗、医疗保险个人账户套现等欺诈骗保行为，确保基金安全高效使用。

第十七条 医疗保障部门牵头做好职工医疗保险门诊共济保障机制改革和政策效果评估等相关工作；财政部门根据工作职责做好医保基金的监管使用工作；市场监管部门做好零售药店、药品流通等的监管。各有关部门各负其责、协同监管，严肃查处相关违法违规行为。

第十八条 本实施细则自2022年10月1日起施行，10月1日至12月31日为政策过渡期，过渡期内个人账户按原方式计入，过渡期

后，即从2023年1月1日起个人账户计入方式按本实施细则执行。

本实施细则有效期5年。本市以往文件规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。

抄送：市委有关部门，长沙警备区。

市人大常委会办公厅，市政协办公厅，市中级人民法院，
市人民检察院。
各民主党派市委。

长沙市人民政府办公厅

2022年8月2日印发
