

威海市人民政府办公室 关于印发威海市基本医疗保险门诊共济 保障机制实施细则的通知

各区市人民政府，国家级开发区管委，综保区管委，南海新区管委，市政府各部门、单位：

《威海市基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

威海市人民政府办公室

2022年6月17日

（此件公开发布）

威海市基本医疗保险门诊共济保障机制 实施细则

第一章 总 则

第一条 为进一步完善医疗保障制度体系，提高参保人员门诊待遇水平，根据《山东省人民政府办公厅关于印发山东省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施方案的通知》（鲁政办发〔2021〕22号）和《威海市人民政府关于印发威海市职工基本医疗保险规定的通知》（威政发〔2021〕9号）等有关规定，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 职工基本医疗保险参保人员（以下简称“参保职工”）和居民基本医疗保险参保人员（以下简称“参保居民”）的门诊共济保障，适用本实施细则。

第三条 本实施细则所称门诊共济保障机制，是指在基本医疗保险制度框架下建立的，由基本医疗保险统筹基金为参保人员提供普通门诊和门诊慢特病费用保障的机制。

第四条 门诊共济保障机制遵循保障基本、统筹共济、平稳过渡、持续完善的原则。

第五条 医疗保障部门是门诊共济保障工作的主管部门，负责门诊共济保障的政策制定、指导协调和监督管理工作，其所属的医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）具体负责经办工

作。

财政部门负责会同有关部门做好门诊共济保障医保基金的预算安排、基金拨付、基金检查以及机制运行资金保障等工作。

卫生健康部门负责会同有关部门规范医疗机构诊疗行为，提升其门诊医疗服务能力，加强医疗机构信息化建设，推进健康管理等工作。

市场监管部门负责会同有关部门加强零售、使用环节药品质量安全监管工作。

人力资源社会保障、残联等部门按照各自职责协同做好门诊共济保障相关工作。

第六条 门诊共济保障机制的保障水平、保障范围、管理办法等与经济社会发展水平以及各方承受能力相适应，根据上级规定和我市实际，由市医疗保障部门会同有关部门适时调整。

第二章 保障待遇

第七条 参保人员享受门诊共济保障待遇的条件与住院待遇一致。

第八条 参保人员的门诊共济保障待遇分为普通门诊待遇和门诊慢特病待遇两部分，其中参保居民的门诊慢特病待遇包括普通门诊慢特病待遇和特定门诊慢特病待遇。门诊共济保障待遇根据参保人员的参保类型实行差异化标准。

第九条 参保人员门诊共济保障执行基本医疗保险的药品目录、诊疗项目目录、服务设施项目范围和医保支付标准。根据基金支撑能力等因素，对参保人员普通门诊费用的保障范围按照“先适度限定、后逐步扩大”的原则执行。具体保障范围由医疗保障部门会同有关部门另行制定。

第十条 基本医疗保险基金支付门诊医疗费用设置起付标准、支付比例和年度支付限额（指起付标准以上的符合医保基金支付范围的医疗费用），参保人员 1 个自然年度内门诊就医发生的起付标准以上的医疗费用，医保基金按相应的支付比例予以支付，超过年度支付限额的医疗费用，医保基金不予支付。

第十一条 参保职工在一级（含一级以下及未定级，下同）、二级、三级定点医疗机构普通门诊医疗费用的起付标准分别为 300 元、500 元、700 元；参保居民的起付标准分别为 100 元、150 元、200 元。1 个自然年度内的起付标准累计计算，达到规定的相应级别医疗机构起付标准后不再计算。

参保职工普通门诊医疗费用的年度支付限额统一为 1600 元。在一、二、三级定点医疗机构的支付比例分别为：在职职工 70%、60%、50%；退休职工 75%、65%、55%。参保居民普通门诊医疗费用的年度支付限额，按一档缴费的为 200 元，按二档缴费的为 400 元，在一、二、三级定点医疗机构的支付比例分别为：50%、40%、30%。未成年居民按一档缴费居民的标准享受普通门诊待遇。

参保人员年度内变更参保类型的，普通门诊待遇按变更后参保类型的政策规定执行，起付标准和年度支付限额重新起算。

参保人员孕期发生的政策范围内门诊费用享受普通门诊待遇，现政策规定的生育时与生育医疗费用待遇一并结算的孕期检查待遇暂时不变，逐步与普通门诊待遇合并。

第十二条 建立参保人员普通门诊待遇激励机制。参保人员年度内符合条件但未享受普通门诊待遇的，下一年度普通门诊医疗费用的基金支付比例相应提高 1 个百分点；年度内发生的普通门诊医疗费用未超过年度支付限额 50%（含）的，下一年度的支付比例相应提高 0.5 个百分点。提高的基金支付比例累计不超过 5 个百分点。参保人员享受了激励待遇的，激励待遇重新计算。参保人员变更参保类型，获得的激励待遇不随之转移。

第十三条 参保人员门诊慢特病的病种类别、数量、名称和认定标准暂按现规定执行，根据上级规定和医保基金承受能力等适时调整，逐步对部分病种实行由病种保障过渡为费用保障。

第十四条 参保职工门诊慢特病医疗费用的起付标准统一为 900 元，支付比例按住院待遇的支付比例执行。参保居民普通门诊慢特病医疗费用的起付标准为 100 元，支付比例统一为 60%；特定门诊慢特病待遇的起付标准为 300 元，支付比例按住院待遇的支付比例执行。

第十五条 参保居民普通门诊慢特病医疗费用的年度支付限额，按一档缴费的为 500 元，按二档缴费的为 1000 元。未成

年居民按二档缴费居民的标准享受普通门诊慢特病待遇。

参保职工门诊慢特病和参保居民特定门诊慢特病执行相同的年度支付限额，统一按本人实际备案的门诊慢特病病种的年支付标准计算。具体计算办法由医疗保障部门会同有关部门另行制定。

第十六条 1个自然年度内，参保职工普通门诊与门诊慢特病的年度支付限额、参保居民普通门诊与普通门诊慢特病及特定门诊慢特病的年度支付限额均合并计算，但彼此间不调剂使用。参保职工的门诊慢特病年度支付限额、参保居民的特定门诊慢特病年度支付限额均可在备案的不同病种间调剂使用。

参保职工门诊慢特病及参保居民特定门诊慢特病年度支付限额计入本人年度住院医疗费用支付限额。

第十七条 参保人员慢性肾功能衰竭门诊透析及器官移植术后抗排斥治疗、严重精神障碍类病种治疗、恶性肿瘤门诊放化疗、高血压和糖尿病非胰岛素治疗以及肺结核、肺外其他部位结核、耐多药结核和广泛耐药结核、慢性乙型病毒性肝炎、慢性丙型病毒性肝炎、肝硬化等门诊慢特病病种的起付标准、支付比例等保障政策暂不调整，仍按现政策执行。

第十八条 参保职工在各级中医院门诊共济保障待遇的起付标准和支付比例按低一个级别医院的标准执行；参保居民在各级中医院门诊共济保障待遇的起付标准按低一个级别医院的标准执行，支付比例在同级别医院标准的基础上提高5个百分点。

第十九条 参保人员异地就医发生的普通门诊和门诊慢特病医疗费用按照我市异地就医有关政策和规定执行。其中，临时外出就医发生的门诊费用中个人首先负担比例 10%部分，计入个人年度支付限额。

第二十条 高校大学生门诊共济保障政策暂按现规定执行，随着门诊共济保障改革的推进逐步调整。

第二十一条 对发生符合条件门诊慢特病医疗费用的医疗救助帮扶对象，按规定予以救助。

第二十二条 建立门诊共济保障机制的同时，对职工个人账户计入办法进行调整。具体调整办法由医疗保障部门会同有关部门根据国家 and 省有关规定另行制定。

第三章 经办服务管理

第二十三条 提供门诊共济保障医疗服务的机构实行协议管理（以下简称“协议机构”）。市医疗保障部门应制定统一的协议管理条件和流程，将各级符合条件的医疗机构纳入协议管理范围，并向社会公布。根据工作进展，逐步将符合条件的零售药店和诊所提供的药品及服务纳入门诊保障范围。市及各区市经办机构应当与协议机构签订服务协议，明确各自的权利和义务。

第二十四条 参保人员的门诊共济保障待遇暂实行定点管理制度。参保人员在本人定点的协议机构发生的符合规定的门诊

医疗费用，纳入医保基金支付范围；在非本人定点的协议机构发生的门诊医疗费用，医保基金不予支付。定点管理制度将根据工作进展情况适时调整。

第二十五条 医疗保障和财政部门应当建立健全与门诊共济保障相适应的基金管理制度，完善基金预算管理，制定管用高效的基金支付办法，积极探索门诊医疗费用病例分组（APG）结算方式，充分发挥基金使用效益。

第二十六条 医疗保障和卫生健康部门应当制定完善门诊就医服务监控分析和考核办法，健全医疗服务考核体系，建立门诊费用统计分析制度，引导协议机构规范提供诊疗服务。

第二十七条 医疗保障、卫生健康等部门和协议机构应当共同推进与门诊共济保障机制相适应的信息系统建设，配备符合要求的软硬件设施，满足数据上传、基金结算和基金监管等业务需要。财政部门应提供必要的资金保障。

第二十八条 医疗保障部门应当会同卫生健康、市场监管等部门积极推动“互联网+医保+医疗+医药”发展，优化医疗集团（医共体）内门诊延伸管理服务，探索实现网上问诊、在线复诊、处方流转、线上支付、送药上门等一体化服务模式，推动医保、医疗、医药线上线下融合发展。经办机构应稳步推进门诊共济保障待遇异地联网结算工作。

第二十九条 协议机构应当为参保人员提供优质高效服务，加强门诊共济保障政策宣传；优先使用国家基本药物、集中带量

采购中选药品及医保目录内的药品和诊疗项目等，确需使用医保目录外药品和诊疗项目的，应当先征得患者或其家属同意；严格执行规定的药品和诊疗项目价格政策；据实为参保人员提供检查治疗的相关凭证。

第三十条 协议机构应当加强健康管理，严格把握门诊慢特病准入标准，落实家庭医生责任，指导参保人员科学合理用药。经参保人员授权同意，协议机构可联网查阅备案参保人员的健康档案、就诊记录以及医疗消费信息，通过数据集中形成有价值的健康保障档案，为备案人员提供健康教育和健康管理服务。

第四章 基金监督管理

第三十一条 医疗保障部门应当会同有关部门加强对纳入门诊共济保障范围的医疗服务行为和医疗费用的监督管理。

第三十二条 经办机构应当建立健全门诊共济待遇结算、审核和基金拨付等经办流程；完善个人账户管理机制，做好收支信息统计，加强个人账户使用、结算等环节管理审核；加强稽核检查，对协议机构实施有效管理，确保基金安全完整。

第三十三条 协议机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验患者参保信息，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务；及时将患者就医购药信息录入并上传至医保信息系统；强化医保智能监控信息系统应用，逐步规范建立和使用电

子病历系统，充分利用“人工智能+大数据”技术，加大参保人员定点备案、处方流转、规范用药等管理力度。

第三十四条 参保人员应当持本人有效凭证就医、购药，并主动出示接受查验；自觉遵守医保有关政策规定，按要求在相关结算单据上签名确认，不得强行索要药品和诊疗项目，不得转卖药品、接受返还现金和实物或获得其他非法利益；有权要求定点医药机构如实出具费用单据和相关资料；有权要求经办机构提供咨询服务，对基金的使用提出改进建议。

第三十五条 医疗保障部门、经办机构、协议机构及其工作人员和参保人员发生与门诊共济保障基金有关的违法违规行为，按有关规定处理。

第五章 附 则

第三十六条 本实施细则自 2022 年 12 月 1 日起施行，有效期至 2027 年 11 月 30 日。以往规定与本文件不一致的，以本文件为准。国家和省另有规定的，从其规定。