

# 西安市医疗保障局文件 西安市财政局

市医保发〔2022〕123号

## 西安市医疗保障局 西安市财政局 关于印发《西安市职工基本医疗保险门诊共济 保障机制实施细则》的通知

各区县、开发区医疗保障部门、财政部门，市医疗保障经办服务中心，市医疗保险基金管理中心：

根据《西安市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施方案》（市政办发〔2022〕62号）要求，市医疗保障局市财政局联合制定了《西安市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施

细则》，经市政府同意，现印发你们，请认真贯彻落实。



2022年12月29日

# 西安市职工基本医疗保险门诊 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门诊保障问题，切实减轻其医疗费用负担，根据《西安市人民政府办公厅关于印发西安市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施方案的通知》（市政办发〔2022〕62号），结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 本细则所称职工医保门诊共济保障机制包括职工医保个人账户（以下简称个人账户）、职工医保普通门诊费用统筹（以下简称普通门诊）、职工医保门诊慢性病特殊病费用统筹（以下简称门诊慢特病）。

第三条 本细则适用于我市城镇职工基本医疗保险参保人员（含灵活就业参保人员）。

## 第二章 个人账户

第四条 在职职工个人账户计入办法。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%，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标准为本人参保缴费基数的 2%。

第五条 退休人员个人账户计入办法。退休人员（含灵活就业退休人员），由统筹基金按 100 元/月定额划入。个人账户划入额度按照国家和省上政策要求，实行动态调整。

第六条 个人账户支付范围。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。推进落实个人账户用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。

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。

第七条 个人账户本金和利息归个人所有，可以结转使用和依法继承。参保人员跨统筹地区流动就业的，个人账户随其医疗保险关系转移划转。

第八条 参保人员终止基本医保关系后，个人账户余额一次性拨至用人单位或个人金融账户；拨至用人单位的，由用人单位负责支付给本人或其合法继承人，不得截留和挪用。

第九条 调整统筹基金和个人账户结构后，增加的统筹基金主要用于职工普通门诊，增强门诊共济保障功能，提高参保人员

门诊待遇。

### 第三章 普通门诊

第十条 普通门诊是指参保职工在定点医疗机构就医，发生的符合我市基本医疗保险规定范围内的普通门诊医疗费用（不含产前检查费用），纳入基本医疗保险基金支付范围，由基本医疗保险统筹基金和个人共同负担。其待遇分为：职工医保门诊统筹、职工医保门诊使用特殊检查治疗项目（以下简称门诊特检特治）、职工医保门诊中医病种费用统筹（以下简称门诊中医病种）。

职工医保门诊诊查费补贴，职工医保门诊特检特治，门诊中医病种待遇保持不变。

第十一条 职工医保门诊统筹待遇。参保人员一个自然年度内在定点医疗机构发生的政策范围内的费用，统筹基金按以下规定支付：

（一）职工医保门诊统筹待遇起付线为 200 元；

（二）在职职工门诊统筹支付比例为一级医疗机构（含乡镇卫生院及社区卫生服务中心）70%、二级医疗机构 60%、三级医疗机构 50%，退休人员支付比例按医疗机构级别相应提高 5%；

（三）在职职工门诊统筹每人每年最高支付限额为 2000 元，退休人员最高支付限额为 2500 元。年度最高支付限额当年有效，不滚存、不累计；

(四) 门诊统筹医保支付金额纳入年度统筹基金支付限额。

## 第四章 门诊慢特病

第十二条 根据全省统一的职工医保门诊慢特病病种保障相关政策，规范门诊慢特病病种范围和认定标准。逐步将部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的疾病门诊费用纳入共济保障，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，更好减轻参保患者医疗费用负担，鼓励患者在门诊就医。

第十三条 参保人员享受住院医疗待遇时，不享受普通门诊待遇。参保人员门诊统筹与门诊慢特病、特殊药品、门诊特检特治待遇有交叉时，先使用门诊慢特病、特殊药品、门诊特检特治待遇，不得重复享受。

## 第五章 服务管理

第十四条 完善与门诊共济保障相适应的付费机制。

(一) 普通门诊按项目付费，根据门诊共济保障机制运行情况，适时调整支付政策；

(二) 不断健全门诊共济保障机制，逐步由病种保障向费用保障过渡；



(三) 积极探索职工医保门诊共济保障在基层医疗机构按人头付费机制。

第十五条 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职工医保门诊统筹保障范围。推进职工医保门诊统筹定点医疗机构外配处方可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。

第十六条 加快推进门诊费用异地就医直接结算,完善异地就医结算医保经办规程。逐步扩大门诊费用异地就医直接结算定点医疗机构范围,实现全市定点医药机构普通门诊费用跨省直接结算全覆盖。

第十七条 异地长期居住人员和临时外出就医人员异地就医备案后,同步开通职工医保门诊统筹费用直接结算服务,选择在就医地已开通异地结算的定点医疗机构就医时,发生的门诊统筹医疗费用实行联网直接结算。参保人员未按规定办理异地就医备案手续,在异地医疗机构就医发生的门诊统筹费用(门诊抢救除外),统筹基金不予支付。

第十八条 参保人员在本市定点医疗机构发生门诊统筹费用未按规定直接结算的以及在非定点医疗机构发生的医疗费用,统筹基金不予支付。

## 第六章 监督管理

第十九条 按照《西安市医疗机构医疗保障定点管理实施细则》《西安市零售药店医疗保障定点管理实施细则》有关规定，完善定点医药机构服务协议，将职工医保门诊统筹纳入协议管理范围和绩效考核内容，强化门诊医保费用审核、稽核检查和绩效管理等措施，加强协议管理，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

第二十条 建立完善与门诊共济保障相适应的管理机制，引导参保人员合理利用医疗资源。加强定点医药机构日常监管，规范医药机构服务行为，提升医保服务质量，维护参保人员的合法权益。充分运用大数据、人工智能等新技术，提高日常监管水平。

第二十一条 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。做好门诊医疗费用的运行监测和分析，确保医保基金平稳运行。

第二十二条 加强定点医药机构专项治理，强化监管检查力度，采取专项检查、重点抽查、线索核查等方式，严厉打击各类欺诈骗保行为，确保基金安全高效、合理使用。

第二十三条 深化监管方式创新，积极运用国家医保信息平台智能监管子平台对门诊医疗费用的稽查、审核力度，及时发现、查处和纠正医保违法违规行为。



## 第七章 保障措施

第二十四条 加强组织领导。建立健全职工医保门诊共济保障机制是深化医疗保障制度改革的重要内容，涉及广大参保人员切身利益。各相关单位要高度重视，加强组织领导，细化工作任务，完善工作措施，抓好工作落实。

第二十五条 统筹推进落实。市医疗保障经办服务中心要完善医保经办服务流程，加强定点医药机构协议管理，切实抓好政策落实落地；市医疗保险基金管理中心要加强基金监管，做好实时监测。各区县、开发区医疗保障部门要落实属地责任，加强对所属部门和定点医药机构的工作指导，及时有效解决改革推进过程中遇到的困难和问题。各区县、开发区财政部门要配合同级医疗保障部门做好门诊共济保障相关工作。

第二十六条 加强宣传引导。全面准确解读政策，广泛开展宣传，合理引导预期。充分发挥各级医保经办服务窗口、医疗机构优势，及时、准确进行政策宣传和引导，提高医保政策知晓率。建立舆情监测和处置机制，积极主动回应社会关切，营造良好舆论氛围。

## 第八章 附则

第二十七条 根据经济社会发展以及医保基金运行情况，由

市医疗保障部门会同市财政部门对职工医保门诊共济保障待遇标准实施动态调整。

第二十八条 本细则由市医疗保障部门负责解释，自 2023 年 1 月 1 日起执行。原相关文件中内容与本细则不一致的，按本细则执行。