海南省城镇从业人员基本医疗保险

普通门诊共济保障管理办法（试行）

（征求意见稿）

第一章总 则

**第一条** 为进一步完善海南省城镇从业人员基本医疗保险制度，减轻城镇从业人员门诊医疗费用负担，依据国务院办公厅《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）等文件精神，结合我省实际，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于参加我省城镇从业人员基本医疗保险的参保人员（以下简称参保人员）。

**第三条** 省医疗保障局负责普通门诊共济保障相关政策的制定和信息化建设。

全省各级医疗保障行政部门负责指导和协调普通门诊共济的经办工作，组织对定点医药机构进行监督管理。

全省各级医疗保险经办部门负责普通门诊医疗费用的审核和结算，配合医疗保障行政部门对普通门诊共济定点医药机构开展监督管理。

 省财政厅负责基本医疗保险财政专户管理，配合医疗保障部门开展监督检查。

**第四条** 普通门诊实行定点服务管理。全省城镇从业人员基本医疗保险定点医药机构为城镇从业人员基本医疗保险普通门诊定点医药机构，负责参保人员普通门诊就医管理、诊疗服务。

第二章基金与账户管理

**第五条** 城镇从业人员基本医疗保险普通门诊共济保障所需资金从城镇从业人员基本医疗保险统筹基金中列支，不另行筹集，不单独建账。在城镇从业人员基本医疗保险统筹基金支出户中设置普通门诊支出账目。

第三章 保障范围与支付标准

**第六条** 参保人员在定点医药机构发生的符合基本医疗保险规定的普通门诊医疗费用，纳入统筹基金支付范围。

（一）一级及以下定点医疗机构年度起付标准为10元；二级定点医疗机构年度起付标准为50元；三级定点医疗机构年度起付标准为100元。

（二）普通门诊年度累计最高支付标准（含一般诊疗费）：在职人员为1500元、退休人员为2000元，计入统筹基金年度最高支付标准内。

（三）参保人员发生起付标准以上、最高支付标准以下的门诊医疗费用，由统筹基金和参保人员按比例分担：一级及以下定点医疗机构，统筹基金支付比例为70%，个人支付比例为30%；二级定点医疗机构统筹基金支付比例为60%，个人支付比例为40%；三级定点医疗机构统筹基金支付比例为50%，个人支付比例为50%。

退休人员基本医疗保险累计缴费年限未达到《海南省城镇从业人员基本医疗保险条例》规定的，每减少一年，普通门诊统筹基金支付比例降低3%。

1. 一级及以下医疗机构设一般诊疗费、二级及以上医疗机构不设一般诊疗费，按照海南省基本医疗保险诊疗项目相关规定执行。

**第七条** 符合肺癌、胃癌、肝癌、大肠癌和女性乳腺癌、宫颈癌筛查条件的参保人员，可在定点医疗机构进行专项筛查（**具体筛查标准详见附件**）。符合医保规定的专项筛查费计入普通门诊统筹基金年度最高支付标准，累计支付不超过普通门诊年度最高支付标准的30%。

**第八条** 不纳入城镇从业人员基本医疗保险普通门诊支付范围的医疗费用：

（一）享受门诊慢性特殊疾病待遇期间发生该疾病的普通门诊医疗费用；

（二）已纳入城镇从业人员基本医疗保险住院结算的院前急、抢救等医疗费用；

（三）住院期间发生的普通门诊医疗费用；

（四）超过普通门诊年度最高支付标准以上的医疗费用。

（五）应当从工伤保险基金中支付的医疗费用；

（六）应当由第三人负担的医疗费用；

（七）应当由公共卫生负担的医疗费用；

（八）境外发生的医疗费用；

（九）因酗酒、吸毒、自杀自残、违法犯罪等支出的医疗费用。

（十）其它不符合基本医疗保险支付范围和支付标准的费用。

**第九条** 省医疗保障局根据统筹基金运行和经济社会发展情况，对普通门诊共济保障相关政策适时动态调整。

第四章 费用结算

**第十条** 参保人员所发生的普通门诊医疗费用，应个人支付的，参保人员可使用其本人个人账户资金与定点医药机构直接结算；应统筹基金支付的，由医疗保险经办部门与定点医药机构进行结算。

**第十一条** 异地居住并办理异地就医备案的参保人员，需在就医地的基本医疗保险普通门诊异地定点医药机构就医，所发生的普通门诊医疗费用，就医地已实现普通门诊异地联网直接结算的，按规定实行即时结算；未实现异地联网直接结算的，由本人先行垫付，原则上自费用发生之日起二年内持医疗票据和医疗费用明细清单等相关材料到参保所在地医疗保险经办部门办理报销手续。

**第十二条** 使用乙类药品无需先行自付，使用国家谈判药品需先行自付10%。

**第十三条** 结合门诊就医和医疗费用支出特点，对不同的疾病、不同的服务特点实行不同的付费方式。具体办法由省医疗保障局另行制定。

第五章 医疗服务管理

**第十四条** 定点医药机构应严格执行普通门诊有关规定，认真履行服务协议，严禁串通病人伪造病历、串换药品等违规行为，非法套取医保基金。

**第十五条**  参保人员普通门诊用药，优先选用目录甲类药品，优先选用国家基本药物，优先选用通过一致性评价的品种，优先选用集中招标采购中选药品。不得以费用控制、药占比、医疗机构用药品种规格数量、药事委员会评审等为由，影响药品的合理使用和供应保障。

**第十六条**  定点医药机构对病情稳定、依从性较好、需要长期服药的高血压、糖尿病可实行“长处方”管理，依照药品使用说明书用量，可开处1-3个月药量（“长处方”不得跨年度开处）。

 **第十七条** 外配处方可在定点零售药店结算和配药；符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。

**第十八条** 参保人员在定点医疗机构门诊就医时，需凭居民身份证、医保电子凭证或社会保障卡就医，不得冒名顶替、弄虚作假，不得私自涂改就医单据，不得干预医务人员的诊疗行为，自觉执行医保相关规定。

1. 基金监督管理

## **第十九条** 各级医疗保障行政部门依据法律法规对城镇从业人员普通门诊进行监督管理。建立第三方监督机制。将定点医药机构、医保医师、相关工作人员，以及参保人员使用个人账户情况纳入医保信用体系管理。

**第二十条** 各级医疗保险经办部门依据海南省基本医疗保险定点医药机构服务协议对定点医药机构进行监督检查和考核，并将考核结果与年度清算挂勾。

第七章法律责任

**第二十一条** 医疗保障行政部门、医疗保险经办机构、定点医疗机构及其工作人员、参保人员违反本办法规定的，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》等相关规定予以处理。

1. 附 则

**第二十二条** 本办法由海南省医疗保障局负责解释。

**第二十三条** 本办法自2022年1月1日起施行。

**附件**

六大癌症专项筛查标准

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 癌 症 | 筛查对象 | 筛查标准 |
| 1 | 肺 癌 | 未被确诊为肺癌的45周岁及以上参保人员 | 肺部低剂量32层或以上多层螺旋CT检查 |
| 2 | 胃 癌 | 未被确诊为胃癌的45周岁及以上参保人员 | 胃镜检查（包括诊查前必要的检查、检验项目，不含病理检查） |
| 3 | 肝 癌 | 1.未被确诊为肝癌的35周岁及以上男性和45周岁及以上女性的参保人员;2.乙型肝炎病毒或（和）丙型肝炎病毒长期携带者;3.慢性肝炎和肝硬化患者;4.甲胎蛋白持续阳性者 | 血清甲胎蛋白（AFP）和肝脏B超检查 |
| 4 | 大肠癌 | 未被确诊为大肠癌的45周岁及以上参保人员 | 肛门直肠指检、大便隐血试验（FOBT）检查，任一指标阳性的，可进行肠镜检查 |
| 5 | 乳腺癌 | 未被确诊为乳腺癌的35周岁及以上女性参保人员 | 乳腺超声或乳腺钼靶X线摄影检查。其中，35岁至49岁每半年可检查1次，50岁及以上每2年可检查1次。 |
| 6 | 宫颈癌 | 未被确诊为宫颈癌的25周岁及以上有性接触史的女性参保人员 | 1.25周岁至29周岁，每5年可进行1次薄层液基细胞（TCT）检测；2.30周岁至40周岁（不含），每5年可进行1次薄层液基细胞（TCT）+人乳头瘤病毒（HPV）联合检测或薄层液基细胞（TCT）检测；3.40周岁（含）至65周岁，每年可进行1次薄层液基细胞（TCT）+人乳头瘤病毒（HPV）联合检测或薄层液基细胞（TCT）检测。 |