

为健全省直职工基本医疗保险门诊共济保障制度，甘肃省医疗保障局、甘肃省财政厅制定了《甘肃省省直职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则》，明确自2023年1月1日起，将门诊医疗费用纳入职工医保统筹基金支付范围。

在职职工统筹基金支付比例为60%

在做好门诊慢特病医疗保障工作的基础上，建立职工医保门诊医疗费用统筹保障机制，将普通门诊多发病、常见病的医疗费用纳入统筹基金支付范围。职工医保门诊统筹、门诊慢特病、谈判药品医疗费用按政策规定，分别报销。

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。参保人员参保缴费后可享受门诊统筹报销待遇；中断缴费的参保人员补缴医疗保险费后，从缴费当月起可享受门诊统筹报销待遇。

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、最高支付限额以下的政策范围内医疗费用，纳入统筹基金支付范围。门诊统筹年度累计起付标准为200元，支付限额为2500元。在职职工统筹基金支付比例为60%，退休人员统筹基金支付比例为65%。起付标准、最高支付限额和基金支付比例，可根据省直职工医保基金情况动态调整。最高支付限额按年度计算，不结转下一年度，仅限本人使用。

门诊医疗费用支付范围严格执行《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《甘肃省基本医疗保险医疗服务价格项目目录（2022版）》和《甘肃省基本医疗保险医疗医用耗材目录》规定。参保人员在定点医疗机构就诊门诊发生的政策范围内的检查、治疗、药品等医疗费用，纳入统筹基金支付范围。属于乙类的药品、医疗服务价格项目及医疗医用耗材，个人先自付10%，再按规定的比例予以报销。

个人账户本人及其配偶、父母、子女就医皆可使用

《细则》改革了个人账户。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；退休人员个人账户划入额度为每人每月120元；参保人员补缴欠费（含不足缴费年限补缴）按本人参保缴费基数2%划入个人账户。

职工医保个人账户使用范围包括：

1.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；

2.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；

3.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。

个人账户不得用于不属于基本医疗保障范围的支出。改革前个人账户历年结余仍归参保人员所有，可以结转使用和继承。职工医保关系转移到其他统筹地区的，个人账户随医疗保险关系划转；参保人员死亡后，个人账户余额可拨付给其合法继承人

。

符合条件的“互联网+”门诊医疗服务可纳入保障范围

参保人员持医保电子凭证、社会保障卡或身份证在本地定点医药机构门诊就诊的，实行即时结算。省医保服务中心与定点医药机构按月进行结算。在异地普通门诊就诊时，应选择已开通普通门诊医疗费用异地联网结算的定点医疗机构进行直接结算

。

参保人员在定点医疗机构门诊所需用药无法满足时，可在省医保局确定的定点零售药店持外配处方配药和结算。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。

因下列情形发生的医疗费用，统筹基金不予支付：

- 1.应当从工伤保险基金中支付的；
- 2.应当由第三方负担的；
- 3.应当由公共卫生负担的；
- 4.在境外就医的；
- 5.属于体育健身、养生保健消费、健康体检的；
- 6.国家规定的基本医疗保险不予支付的其他费用。