附件

泉州市医疗保障局关于建立职工医保门诊医疗费用综合保障制度的通知

（征求意见稿）

各县（市、区）医保分局，市医疗保障基金中心，市医疗保障基金监测中心，市属各相关医保定点单位：

根据《泉州市人民政府办公室关于印发泉州市职工基本医疗保险门诊共济保障机制管理规定的通知》（泉政办〔2022〕14号）和省上统一部署，为进一步提高职工医保门诊保障待遇水平，现就建立泉州市职工医保门诊医疗费用综合保障制度有关事项通知如下：

1. 建立职工医保门诊医疗费用综合保障制度

职工医保参保对象在医保定点医疗机构发生的基本医保段年度累计门诊政策范围内医疗费用，根据政策范围内医疗费用（不含起付标准）个人自付情况实行分段阶梯式报销，具体如下：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构  项目 | | 市域内 | | | | | |
| 三级医院 | | 市属二级医院，县属三级、二级医院，三级中医医院、精神专科医院，民营医疗机构 | | 二级中医医院，二级乡镇卫生院，一级和未定级医院（含卫生院），社区卫生服务中心及高校内设医务室 | |
| 工作状态 | | 在职 | 退休 | 在职 | 退休 | 在职 | 退休 |
| 起付标准（元） | | 700 | | 300 | | 50 | |
| 支  付  比  例 | 个人自付政策范围内医疗费用（不含起付标准）1000元（含）以内的 | 80% | 85% | 85% | 90% | 90% | 95% |
| 个人自付政策范围内医疗费用（不含起付标准）超过1000元的 | 90% | 93% | 93% | 96% | 96% | 98% |
| 职工医保参保对象在市域外发生的医疗费用按本市市属同等级医疗机构报销额度的92%报销（异地安置退休、异地长期居住人员、常驻异地工作人员和实施“厦漳泉同城化”除外）。 | | | | | | | |

1. 落实职工医保门诊共济保障机制改革政策

根据省上统一部署，于2024年3月31日前完成职工基本医疗保险门诊共济保障机制改革工作任务，同时全面实行门诊按费用保障。

1. 工作要求

（一）进一步提高思想认识。各级各部门要高度重视，充分认识职工医保门诊共济保障改革的重大意义，稳步推进各项改革工作任务，切实增强职工医保门诊保障水平，减轻参保职工门诊医疗费用的负担。

（二）加强医保基金使用监管。各定点医疗机构要规范医疗服务行为，做到合理诊疗、合理检查、合理用药，避免医疗浪费。各级医保部门要坚决查处冒名刷卡、过度诊疗、超量开药，以及将养生保健消费、健康体检、非疾病购药、等非疾病费用纳入医保基金支付范围的违法违规行为，加强医疗行为和医疗费用的监管，严厉打击欺诈骗保行为，做好基金运行情况监测和评估，确保基金安全高效、合理使用。

（三）做好医保信息化保障。市医保中心和各定点医疗机构要按照本通知要求，做好信息系统改造工作，确保门诊医疗费用由病种保障向费用保障平稳过渡。

（四）强化宣传引导。各相关单位要加强职工医保门诊共济保障政策宣传工作，强化正面引导，全面准确解读国务院、省政府和我市的职工医保门诊共济保障改革政策，进一步凝聚改革共识，巩固扩大改革效果。

1. 其他

本通知自2024年4月1日起执行，有效期到2027年3月9日。以往有关规定与本通知不一致的，以本通知为准。如遇到国家、省有关政策调整，从其规定。