

关于印发《呼伦贝尔市建立完善职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施细则》的通知

发布时间：2022-09-27 来源：市医疗保障局 浏览次数：1727 字体：[大 中 小]

文本下载

各旗市区医疗保障局、市医疗保险服务中心、市局综合保障中心：

《呼伦贝尔市建立完善职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施细则》已经呼伦贝尔市人民政府会议研究通过，现印发给你们，请遵照执行。

呼伦贝尔市医疗保障局

2022年6月30日

呼伦贝尔市建立完善职工基本医疗保险

门诊共济保障机制的实施细则

为促进我市职工基本医疗保险制度可持续、高质量发展，逐步构建多层次医疗保障就医体系，建立完善我市职工基本医疗保险门诊共济保障机制，提高基金使用效率，综合考虑职工医保待遇水平和基金支出风险等因素，制定本实施细则。

第一章 总则

第一条 指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，尽力而为、量力而行，坚持人人尽责、人人享有，完善制度、引导预期，将门诊费用纳入职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）统筹基金支付范围，改革职工医保个人账户，建立完善门诊共济保障机制，有效提高医保基金使用效率，逐步减轻职工医保参保人员医疗费用负担，实现制度更加公平更可持续。

第二条 建立依据。为进一步建立完善我市门诊共济保障机制，提高职工医保参保人员普通门诊统筹待遇水平，根据《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)《内蒙古自治区人民政府办公厅关于建立完善职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》（内政办发〔2021〕82号）及《内蒙古自治区医疗保障局、财政厅关于建立完善职工基本医疗保险普通门诊保障制度的通知》（内医保办发〔2021〕42号）精神，结合我市实际，制定本实施细则。

第三条 基本原则。坚持保障基本，实行统筹共济，切实维护参保人员权益；坚持平稳过渡，保持政策连续性，确保改革前后待遇顺畅衔接；坚持协同联动，完善门诊保障机制和改革个人账户制度同步推进、逐步转换；坚持因地制宜，在整体设计基础上，从实际出发，积极探索增强职工医保门诊保障的有效途径。

第四条 保障对象：参加我市职工医保的参保人员。

第五条 各级医疗保障行政部门负责职工医保门诊共济保障的统筹协调和政策落实等相关工作。各级医疗保险经办机构（以下简称“医保经办机构”）具体负责门诊统筹基金的筹集、管理以及待遇审核、结算等工作。

第二章 门诊共济保障制度

第六条 完善门诊共济保障功能。在做好门诊慢特病工作的基础上，逐步将需门诊治疗的其他疾病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围，建立完善门诊共济保障机制。调整职工医保统筹基金和个人账户结构，调整后增加的统筹基金主要用于普通门诊共济保障，提高参保人员门诊待遇。

第七条 普通门诊统筹支付范围。门诊统筹严格按照自治区药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围执行。将符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施标准范围（以下简称“医保目录”）内的合规门诊费用，纳入职工医保普通门诊统筹基金支付范围，累计计入年度基本医疗保险统筹基金最高支付限额，不纳入大额补充医疗保险支付范围。

第八条 普通门诊统筹待遇标准：

（一）参保人员普通门（急）诊就医发生的医疗费用，统筹基金支付设立起付标准和最高支付限额。一个自然年度内，参保人员发生的统筹基金政策范围内普通门诊医疗费用累计计算。起付线标准为：在职职工为每人每年1000元，退休人员为5000元。统筹基金最高支付限额在职职工为4000元，退休人员为5000元。在职职工支付比例三级定点医疗机构为50%，二级定点医疗机构为70%，一级定点医疗机构为80%。退休人员支付比例三级定点医疗机构为55%，二级定点医疗机构为75%，一级定点医疗机构为85%。视基金收入和支撑能力情况，逐步调整最高支付限额和支付比例。

（二）参保人员在本统筹区外发生的政策范围内门（急）诊费用，纳入门诊统筹支付范围，按照参保统筹区同级别医疗机构同比例待遇政策支付，医保信息系统完善后实行网上直接结算。

（三）原有政策中按照住院比例支付的院前急诊费用不再按照住院比例支付，均按照普通门诊统筹政策支付。

第九条 普通门诊统筹就医结算。将符合条件的定点医药机构确定为普通门诊统筹定点，参保人员凭本人社会保障卡或医保电子凭证在普通门诊统筹定点医药机构就诊（购药），实行门诊费用直接结算，参保人员只需支付个人负担的费用，由属地医保经办机构按照协议与定点医药机构定期结算；除急诊和抢救外，参保人员在非医保定点医疗（药）机构发生的费用医保基金不予支付。

第十条 拓宽普通门诊统筹保障渠道。逐步将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入门诊统筹保障范围，支持外配处方在定点零售药店结算和配药，充分发挥定点零售药店

民、可及的作用，积极探索将符合规定的“互联网+”门诊医疗服务内容纳入保障范围。

第十一条 逐步完善门诊慢特病、重特大疾病门诊保障制度，具体办法由呼伦贝尔市医疗保障部门按照自治区统一要求另行制定。

第十二条 参保人员因下列情形发生的门诊医疗费用，医保基金不予支付：

（一）不符合基本医疗保险规定支付范围的医疗费用。

（二）未遵守因病施治原则，不符合诊疗要求的医疗费用。

（三）其他违反医疗保障规定的费用。

第三章 个人账户

第十三条 改进个人账户计入办法：

单位缴纳部分：自2022年10月1日起，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

个人缴纳部分：一是自2022年10月1日起，在职职工个人账户按照本人参保缴费基数~~的~~2%计入。二是退休人员个人账户逐步调整到由统筹基金按定额划入，以**2021年**全区平均基本养老金为基数，自2022年10月1日起，按照3%比例定额划入个人账户，2023年1月1日起按照2%比例定额划入个人账户。三是在职转退休人员，从次月起为其变更个人账户计入比例和办法。单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

第十四条 个人账户使用管理。

（一）个人账户主要用于支付参保人员在符合条件的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、医用耗材和防疫消杀类等医保支付范围内发生的由个人负担的费用。

（二）个人账户也可以用于配偶、父母、子女参加居民医保、职工大额医疗费用补助、长期护理保险等的个人缴费。

（三）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范围的支出。

（四）个人账户资金可以结转使用和继承。职工调离本统筹区时，个人账户结余资金可随同转移。

第四章 管理与监督

第十五条 呼伦贝尔市医疗保障行政部门负责全市职工医保门诊共济保障工作的统筹协调和监督管理。呼伦贝尔市医保经办机构负责建立统一规范的职工医保门诊共济经办业务流程、内部考核办法和费用结算办法，提高门诊共济经办服务水平。

第十六条 强化门诊统筹服务协议管理。由医保经办机构与职工普通门诊统筹定点医药机构签订协议，贯彻落实协商谈判机制，严格评审评估标准，强化协议条款及指标约束作用，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。

第十七条 构建严密有力的基金监管机制。

（一）创新与门诊共济保障相适应的基金安全防控机制，严格执行《医疗保障基金使用监督管理条例》，压实医药机构主体责任、卫生健康部门行业主管责任、医保部门监管责任、旗县区政府属地责任，强化医保、卫健、财政、税务、公安等有关部门协同监管责任，切实凝聚基金监管强大合力。

（二）加强基金稽核制度和内控制度建设，完善基金结算审核、复核和医保、财政、税务三方定期对账等机制，进一步防范化解基金风险，推动基金监管制度化、常态化、精细化实施。

（三）优化门诊医药服务监督管理，强化对医疗行为和医疗费用的监管，落实日常巡查、专项检查、飞行检查工作机制，以“零容忍”态度严厉打击欺诈骗保行为，引导定点医药机构规范提供优质医保服务。

第五章 附则

第十八条 做好政策衔接。按照自治区统一要求，完善门诊慢特病政策，不断完善门诊保障机制，逐步由病种保障向费用保障过渡，减轻参保人员门诊就医负担。

第十九条 本实施细则由呼伦贝尔市医疗保障局负责解释。

第二十条 如遇国家和自治区政策调整，按照国家和自治区规定的政策执行。本实施细则自2022年10月1日起执行，此前相关政策与本实施细则不符的，以本实施细则为准。

关于印发《呼伦贝尔市建立完善职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施细则》的通知