巴医保发〔2022〕40号

关于印发《巴彦淖尔市职工基本医疗保险

门诊共济保障实施细则》的通知

各旗县区人民政府，市直各委、办、局，各企事业单位：

经市人民政府同意，现将《巴彦淖尔市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则》印发给你们，请认真贯彻落实。

巴彦淖尔市医疗保障局 巴彦淖尔市财政局

2022年8月8日

巴彦淖尔市职工基本医疗保险门诊

共济保障实施细则

为更好解决职工基本医疗保险(以下简称职工医保)参保人员门诊保障问题，切实减轻参保职工医疗费用负担，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健全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)、《内蒙古自治区医疗保障局 财政厅关于建立完善职工门诊保障制度的通知》(内医保办发〔2021〕42号)文件，结合我市实际，经市政府同意，制定本实施细则。

一、总体要求

**(一)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、自治区党委政府、自治区医疗保障局、市委政府有关精神。完善制度、引导预期，尽力而为、量力而行，加快医疗保障重点领域和关键环节的改革工作。调整统筹基金和个人账户结构，将门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围，建立门诊共济保障，提高参保人员门诊待遇和医保基金使用效率，减轻参保人员医疗费用负担，实现制度更加公平、更可持续。

**(二)基本原则**

坚持保障基本，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，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进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，从实际出发探索增强职工医保门诊保障的有效途径。

二、主要措施

**(三)调整职工医保个人账户**

1、改进职工医保个人账户计入办法。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。在职职工个人账户，按照参保缴费基数2%缴纳的基本医疗保险费计入。退休免缴费人员个人账户，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%比例划入个人账户。

2、扩大职工医保个人账户支付范围。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。个人账户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。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。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。

**(四)建立职工门诊统筹共济保障机制**

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门诊共济保障，提高参保人员门诊待遇。门诊统筹支付范围为政策范围内药品、医疗服务项目和医用耗材。将多发病、常见病等普通门诊费用纳入统筹基金支付范围。健全与门诊慢性病、特殊疾病（以下统称门诊慢特病）等门诊统筹制度的衔接，不断优化双通道管理模式及异地门诊费用保障。

1、职工医保普通门诊统筹待遇标准。职工医保普通门诊统筹覆盖职工基本医疗保险全体参保人员。起付线：年度普通门诊政策范围内费用累计达到1000元；支付比例：起付线以上的政策范围内费用三级定点医疗机构支付60%，二级及以下定点医疗机构支付65%，退休职工提高5%；年度最高支付限额：在职职工年度最高支付4000元，退休职工年度支付5000元。随着医保基金承受能力增强逐步提高保障水平。

2、门诊统筹待遇的衔接。门诊急诊、门诊特殊慢性病、门诊特殊检查和治疗、门诊特殊用药产生的医药费用不纳入职工医保普通门诊统筹范围，按照原政策执行；门诊统筹年度最高支付限额纳入住院统筹基金年度最高支付限额计算。

3、门诊双通道管理。将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入普通门诊统筹保障范围。经确定的双通道定点零售药店可以凭定点医疗机构的外配处方为参保职工配药，并按普通门诊统筹的标准结算。支付比例与二级及以下医疗机构比例相同。充分发挥定点零售药店便民、可及的作用。双通道定点零售药店的确定条件由市医疗保障局另行制定。

4、异地就医门诊统筹。职工医保参保人员在本统筹地区外，发生的政策范围内门诊费用，纳入职工医保门诊统筹支付范围，逐步实现异地门诊费用直接结算。

**(五)完善与门诊共济保障相适应的付费机制**

探索基层医疗服务、慢性病管理按人头付费;日间手术及符合条件的门诊特殊病种，推行按病种或按病种分值、按疾病诊断相关分组付费;对不宜打包付费的门诊费用，实施按项目付费。科学合理确定医保药品支付标准，引导医疗机构和患者主动使用疗效确切、价格合理的药品。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。

**(六)加强监督管理**

医疗保障部门要完善管理服务措施，创新制度运行机制，引导医疗资源合理利用，确保医保基金稳定运行，充分发挥保障功能。要创新门诊就医服务管理办法，健全医疗服务监控、分析和考核体系，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

要压实定点医药机构主体责任、卫生健康部门行业主管责任、旗县区政府属地责任，落实相关部门协同监管责任，强化对医疗行为和医疗费用的监管，严肃查处违法违规行为，建立医保基金安全防控机制，严厉打击欺诈骗保行为，确保基金安全高效、合理使用。

**(七)优化医保经办服务**

各级医疗保障经办机构要创新门诊保障服务办法，将门诊统筹保障纳入医保定点服务协议范围，完善定点医药机构履行协议绩效管理办法，严格执行医保基金预算管理制度，加强基金稽核制度和内控制度建设。建立对个人账户全流程动态管理机制，加强对个人账户使用、结算等环节的审核。做好收支信息统计工作。

要加快医保信息平台相关建设，推进门诊费用异地就医直接结算。协同推动基层医疗服务体系建设、完善家庭医生签约服务、规范长期处方管理，引导参保人员在基层就医首诊。结合完善门诊慢特病管理措施，规范基层定点医疗机构诊疗及转诊等行为。

三、组织实施

**(八)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，政策性和技术性强。各旗县区政府与各相关部门要高度重视，切实加强领导，建立协调机制，抓好工作落实。

**(九)积极稳妥推进**

按照“杜绝增量、清理存量”，“老人老办法、新人新办法”的原则，不再制定新的门诊慢特病政策。门诊慢特病病种统一执行自治区病种范围，并逐步由病种保障向费用保障过渡。设置3年过渡期(2021、2022、2023)，统筹安排，加快落实，做好新旧政策衔接，确保工作平稳推进。

**(十)注重宣传引导**

要创新方式，丰富手段，广泛宣传，准确解读政策。充分宣传建立健全职工医保门诊共济保障机制对减轻参保人员医疗费用负担、促进制度更加公平、更可持续的重要作用，大力宣传医疗保险共建共享、互助共济的重要意义。要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。

本实施细则由市医疗保障局负责解释，从2022年10月1日起执行。