

包府办发〔2022〕99号

包头市人民政府办公室
印发包头市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细则的通知

各旗、县、区人民政府，稀土高新区管委会，市直有关部门、单位，中直、区直企事业单位：

经市政府2022年第21次常务会议审议通过，现将《包头市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细则》印发给你们，请结合实际，认真贯彻落实。

2022年8月4日

(此件公开发布)

包头市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细则

第一章 总则

第一条 为进一步建立完善互助共济、责任共担的职工基本医疗保险制度，更好地解决职工医保参保人员门诊保障问题，切实减轻其医疗费用负担，按照《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）和《内蒙古自治区医疗保障局 内蒙古自治区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）要求，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 本细则适用于我市职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）参保人员。

第三条 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进个人账户制度同步推进、逐步转换。

第二章 个人账户管理

第四条 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 2% 缴纳的基本医疗保险费计入，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金；退休人员个人账户逐步调整到由统筹基金按定额划入，以全自治区 2021 年平均基本养老金为基数，按照 3% 比例定额划入个人账户，2023 年起按照 2% 比例定额划入个人账户。

第五条 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。个人账户也可用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、长期护理保险等的个人缴费。个人账户家庭成员共济使用部分基金不得抵顶年度内持卡人门诊统筹起付标准。

第六条 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。

第三章 门诊共济保障

第七条 按照本细则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，提高职工医保参保人员门诊待遇。

不断健全完善职工医保门诊费用保障机制，逐步由病种保障向费用保障过渡，根据医保统筹基金承受能力，稳步提高保障水平，减轻参保人员门诊就医负担。

第八条 建立职工医保普通门诊统筹制度，逐步将门诊多发病、常见病纳入统筹基金支付范围。将政策范围内的药品、医用耗材和医疗服务项目纳入职工医保普通门诊统筹基金支付范围。政策范围内医疗费用年度起付标准为 1000 元，年度最高支付限额为在职职工 4000 元、退休人员 5000 元。对起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内费用，在职职工支付比例为三级医疗机构 50%、二级医疗机构 60%、一级医疗机构 70%，退休人员增加 5 个百分点。

第九条 门诊特殊病、慢性病政策保障，根据医保基金承受能力，逐步规范到自治区统一确定的职工医保门诊特殊疾病范围、门诊慢性病范围。不属于规定范围内的门诊慢性病病种，不再新增人员，已纳入人员可按照规定继续享受待遇，按照“老人老办法、新人新办法”的原则，设置三年过渡期，逐步由病种保障向费用保障过渡。

第十条 参保人员有下列情况的不享受门诊统筹待遇：

- （一）待遇等待期间；
- （二）住院期间；
- （三）已享受门诊特殊慢性病、门诊特殊用药；
- （四）欠缴基本医疗保险费期间。

第十一条 门诊保障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，原城镇职工医保住院前7日门诊报销政策和门诊特殊检查、特殊治疗报销政策不再执行。

第十二条 按照国家和自治区医疗保障局工作部署，2023年底以前，市医疗保障局负责开展改革实施评估工作，根据统筹基金运行情况，进一步健全和完善职工医保门诊共济保障机制。

第四章 费用结算

第十三条 参保人员凭本人的医保电子凭证或社保卡在门诊统筹定点医药机构发生的政策范围内普通门诊费用，应由个人负担的部分，使用个人账户或现金与定点医药机构结算；应由统筹基金负担的部分，由定点医药机构记账并按规定与医保经办机构结算。

第十四条 参保人员可在开展职工门诊统筹的定点医疗机构和定点零售药店使用职工医保统筹支付和个人账户直接结算普通门诊医疗费用。

第十五条 办理跨省异地长期居住人员、跨省临时外出就医人员备案的参保人员，可在跨省异地定点医疗机构直接结算门诊统筹费用，实行同级别医疗机构同比例待遇政策，费用累计计入门诊统筹年度支付限额。

第十六条 按照国家和自治区的统一部署，做好定点医疗机构跨省异地就医普通门诊费用直接结算数据接口改造及交叉测试工作，将符合条件的二级以上定点医疗机构全部接入跨省异地就医普通门诊

费用直接结算系统，实现跨省异地就医普通门诊费用直接结算。

第五章 服务管理

第十七条 健全完善门诊就医服务管理办法，将门诊保障纳入医保定点服务协议管理，健全医疗服务监控、分析和考核体系，完善定点医药机构履行协议绩效管理辦法，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。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。健全完善个人账户使用管理办法，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。

第十八条 加强医保基金监督管理，建立医保基金安全防控机制，充分运用智能监控系统、实地稽核、引入第三方监管力量等办法，强化对医疗行为和医疗费用的监管，严厉打击各类欺诈骗保行为，建立医保基金监管联席会议制度，形成监管合力，确保基金安全高效、合理使用。

第十九条 完善与门诊保障相适应的付费机制，推进医保支付方式分类改革，支持分级诊疗模式和家庭医生签约服务制度建设，依托基层医疗卫生机构开展门诊统筹按人头付费，积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合；对日间手术及符合条件的门诊特殊治疗病种，推行按病种或按疾病诊断相关分组付费；对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。

第二十条 积极推进谈判药品落地，建立健全谈判药品门诊保障及“双通道”管理机制，做好谈判药品落地监测。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保障范围，支持参保人员持定点医疗机构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便民、可及的作用。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入医保支付范围。科学合理确定医保药品支付标准，形成激励约束和风险分担机制，规范医疗机构诊疗行为，引导医疗机构和患者主动使用疗效确切、价格合理的药品。

第二十一条 各级医疗保障部门要积极做好医疗保障政策解读和服务宣传，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，充分调度各方支持配合改革的积极性和主动性，凝聚社会共识。

第六章 附则

第二十二条 本细则具体解释工作由市医疗保障局承担，自2022年10月1日起施行。实施过程中，如国家和自治区调整相关政策，由市医疗保障局、财政局出台相关文件贯彻执行。

抄送：市委办公室。

市人大常委会办公室、政协办公室。

包头市人民政府办公室

2022年8月5日印发

