

呼和浩特市建立完善职工基本医疗保险 门诊共济保障实施细则

第一章 总 则

第一条 为进一步建立和完善互助共济、责任共担的职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）制度，切实减轻职工门诊医疗费用负担，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，制定本细则。

第二条 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。

第三条 本细则适用于本市职工医保参保人员。

第二章 个人账户管理

第四条 自 2022 年 10 月 1 日起，以统账结合缴纳基本医疗保险费的在职职工个人账户按照本人缴费基数 2% 计入；按统账结合缴费的退休人员个人账户，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 月起按照 2% 比例定额划入个人账户。

文革基残人员个人账户划入比例按上述标准执行，增发待遇部分仍按原规定执行。

第五条 个人账户支付范围：

（一）职工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；

（二）职工本人及其配偶、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；

（三）职工参加长期护理保险的个人缴费；

（四）探索职工本人大额医疗费用补助的个人缴费，职工配偶、父母、子女参加本市居民医保、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，根据医保统筹基金承受能力，增加的统筹基金主要用于提高参保人员门诊待遇，稳步提高保障水平，减轻参保人员门诊就医负担。

第八条 普通门诊统筹支付范围：政策范围内的药品、医用耗材和医疗服务项目。

第九条 门诊统筹待遇标准：在一个年度内，参保人员在定点医疗机构发生的政策范围内普通门诊医疗费用（不含门诊慢特病和特殊用药医疗费用）统筹基金起付标准为 1000 元，累计支付限额为在职职工 5000 元、退休人员 6000 元。对起付标准以上、支付限额以下的政策范围内费用，在职职工支付比例三级医疗机构 60%、二级及以下医疗机构 80%，退休人员增加 5 个百分点。

第十条 门诊慢特病、门诊特殊用药政策保障。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慢特病范围和门诊特殊用药使用范围，实现由病种保障向费用保障过渡。

第十一条 门诊统筹医疗费用计入基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额。

第四章 费用结算

第十二条 参保人员在定点医疗机构就医时应持医保电子凭证（或社会保障卡）即时结算。因未刷医保电子凭证（社会保障卡）或在非定点门诊统筹机构发生的普通门诊医疗费用，门诊统筹基金不予支付。

第十三条 参保人员有下列情况的不享受普通门诊统筹待遇：

- （一）等待期内的；
- （二）住院期间的；
- （三）享受门诊慢特病或特殊用药待遇的；
- （四）欠缴基本医疗保险费期间的。

第十四条 参保人员在定点医疗机构 72 小时之内抢救无效死亡的，发生的门（急）诊费用可按住院统筹规定的比例支付。

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，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，完善门诊统筹费用、慢特病费用跨省异地就医直接结算。

第十七条 门诊统筹定点机构应将参保人员就医信息数据及时上传医疗保障信息平台。

第五章 管理与监督

第十八条 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，依托基层卫生机构开展门诊统筹按人头付费，积极探索按人头付费与慢性病相结合。

第十九条 积极推进谈判药品落地，完善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。待医保智能监控系统上线后，由市医疗保障局根据基金运行情况另行制定支付标准。规范长期处方管理，引导参保人员在基层就医首诊。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入医保支付范围。

第二十条 门诊统筹基金管理执行社会保险基金预决算制度、财务制度、会计制度和内部审计制度，加强基金稽核制度和内控制度建设。

第二十一条 门诊统筹定点医疗机构实行协议管理。医疗保障经办机构对定点医疗机构执行情况进行日常检查和年度考核，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

第二十二条 建立对门诊共济保障全流程动态管理机制，加强对使用、结算等环节的审核，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，确保基金安全高效、合理使用。

第二十三条 加大宣传力度，丰富宣传手段，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。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。

第六章 附 则

第二十四条 本细则自 2022 年 10 月 1 日起施行。

第二十五条 本细则由市医疗保障局负责解释。如国家和自治区有相关政策调整，按照要求动态调整政策报市人民政府批准后实施。

抄送：市委各部门，呼和浩特警备区。

市人大常委会办公室、政协办公室、纪委监委办公室，市法院、检察院。

各人民团体，新闻单位。

呼和浩特市人民政府办公室

2022年7月7日印发
