

佳木斯市人民政府办公室文件

佳政办规〔2022〕14号

佳木斯市人民政府办公室

关于印发佳木斯市职工基本医疗保险 门诊共济保障机制实施办法的通知

各县(市)区人民政府,市政府各直属单位:

《佳木斯市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法》
已经市政府同意,现印发给你们,请结合实际认真贯彻执行。

佳木斯市人民政府办公室

2022年7月27日

办公室

佳木斯市职工基本医疗保险 门诊共济保障机制实施办法

第一章 总则

第一条 为进一步健全互助共济、责任共担的职工基本医疗保险(以下简称职工医保)制度,更好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,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)、《黑龙江省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》(黑政办规〔2021〕44号)等法律法规及相关政策要求,结合我市实际,制定本实施办法。

第二条 本办法适用于我市全体职工医保参保人员。

第二章 总体要求

第三条 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,既尽力而为、又量力而行,坚持人人尽责、人人享有,将门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围,改革职工医保个人账户,建立健全门诊共济保障机制,提高医保基金使用效率,逐步减轻参保人员医疗费用负担,实现制度更加公平更可持续。

第四条 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。从实际出发,积极探索增强职工医保门诊保障的有效途径。

第三章 门诊共济保障机制

第五条 增强门诊共济保障功能。健全职工医保门诊费用统筹保障机制,在做好高血压、糖尿病等群众负担较重的门诊慢性病、特殊疾病(治疗)医疗保障工作的基础上,将普通门诊费用纳入统筹基金支付范围,建立普通门诊费用统筹保障机制。

第六条 调整统筹基金和个人账户结构。在职职工个人缴纳的基本医疗保险费计入本人个人账户,单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金;退休人员个人账户划拨比例相应调整。结构调整后增加的统筹基金主要用于增强门诊共济保障功能。

第七条 落实普通门诊统筹待遇。一个自然年度内,参保职工在定点医疗机构就医,基本医保基金支付范围内费用普通门诊统筹年度累计起付标准为500元;起付标准以上部分,一级及以下基层医疗机构支付比例为70%、二级医疗机构为60%、三级医疗机构为50%,退休人员按医疗机构级别相应提高5个百分点,职工基本医保统筹基金年度最高支付限额为2000元。

第八条 合理设置异地就医普通门诊统筹支付标准。异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员、异地转诊人员办理异地备案手续后发生的基本医保基金支付范围内普通门诊费用,实行市域内同级别医疗机构支付比例。未办理转诊备案及

异地就医备案手续的,在异地发生的普通门诊医疗费,不享受此待遇。

第九条 原未建立个人账户的国有(集体)破产企业预留人员、单建统筹用人单位参保人员和灵活就业人员,已转为退休的可直接享受职工医保门诊统筹待遇;未退休的,提高缴费比例后享受职工门诊统筹待遇。按 6.2% 缴费的用人单位提高缴费比例至 7.5%;按 5.7% 缴费的灵活就业人员,提高缴费比例至 7%,不改变缴费类型,不建立个人账户。本政策实施后,灵活就业参保人员需要补缴医保费的,2022 年以前年度,缴费比例仍按 5.7% 执行。

第四章 个人账户

第十条 改革职工医保个人账户计入办法。在职职工个人账户按照本人参保缴费基数 2% 计入,用人单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。退休人员个人账户由统筹基金按定额划入,标准为实施改革当年即 2022 年基本养老金平均水平的 2%,2022 年标准未公布前暂按 2021 年标准划入,划入额度为每人每月 62 元,待 2022 年平均基本养老金发布后再补划差额。在职转退休人员,从次月起为其变更个人账户计入标准。

第十一条 严格个人账户使用管理。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。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。探索个人账户用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。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。

第十二条 个人账户资金可以结转使用和继承。职工医保关系迁移到其他统筹地区的,个人账户随其医疗保险关系转移划转,也可将个人账户余额一次性返还给本人;职工死亡时,个人账户结余资金可一次性拨付。

第五章 管理与监督

第十三条 市医保经办机构负责建立统一规范的职工医保普通门诊统筹经办业务流程、内部考核办法和费用结算办法,强化基础管理和经办机构内控制度,提高经办服务水平。

第十四条 普通门诊统筹按自然年度结算,限额在当年使用,不能结转下一年度,不能转让他人使用。

第十五条 医保经办机构与定点医疗机构签订协议,将优先使用医保目录药品(医用耗材)、控制自费比例、违规开具大处方等纳入协议管理,强化协议条款及指标约束作用。

第十六条 参保职工在门诊统筹定点医疗机构就医时,应出具本人医保电子凭证或社会保障卡等参保缴费凭证。接诊医生应认真核对其身份,确保人证相符。

第十七条 定点医疗机构应当严格遵守基本医疗保险和医疗卫生的各项法律、法规和政策等规定,在参保人就医过程中要

坚持“因病施治、合理检查、合理用药”的原则，规范门诊医疗服务行为，引导参保职工合理就医，严禁开具“大处方”、做“套餐式”检查，要做到看病有登记，用药有处方，收费有单据，转诊有记录。

第十八条 完善门诊慢性病政策，不断健全门诊保障机制，逐步由病种保障向费用保障过渡。因治疗门诊慢性病发生的就医购药费用，应首先按门诊慢性病政策支付，超过限额的费用可按门诊统筹政策支付；治疗其他疾病的费用按普通门诊统筹政策支付。

第十九条 完善与门诊共济保障相适应的付费机制，对基层医疗服务可按人头付费，积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合；对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。

第二十条 建立医保基金安全防控机制，严格贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令 第 735 号），监督管理纳入医保支付范围的医疗服务行为和医疗费用。医疗机构履行主体责任、卫生健康部门履行行业主管责任、医保部门履行监管责任、各县（市）区政府履行属地责任，卫生健康、公安、市场监管、审计等有关部门各负其责、协同监管，严肃查处定点医药机构、参保人员、医保经办机构违法违规行为，确保基金安全高效、合理使用。

第六章 附则

第二十一条 市医疗保障局可根据基金运行情况，适时调

整职工普通门诊医保待遇。

第二十二条 本实施办法由市医疗保障局负责解释,2023年1月1日起施行。此前相关规定与本办法内容不一致的,以本办法为准。

。按照省厅专门部署工原班
ESOS, 按照省厅部署工原班
本月, 由省厅一不原班工原班
。原班工原班

抄送: 市委办, 佳木斯军分区。
市人大办, 市政协办, 市法院, 市检察院。
驻佳中省直单位。

佳木斯市人民政府办公室

2022年7月29日印发
