

聊城市人民政府办公室

聊政办字〔2022〕26号

聊城市人民政府办公室 关于印发聊城市建立健全职工基本医疗保险 门诊共济保障机制实施细则的通知

各县(市、区)人民政府,市属开发区管委会,市政府有关部门、直属机构:

《聊城市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》已经市政府同意,现印发给你们,请认真贯彻执行。

聊城市人民政府办公室

2022年6月30日

(此件公开发布)

聊城市建立健全职工基本医疗保险 门诊共济保障机制实施细则

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,优化医保基金使用结构,更好解决职工医保门诊保障问题,切实减轻门诊医疗费用负担,根据《山东省人民政府办公厅关于印发山东省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施方案的通知》(鲁政办发〔2021〕22号)要求,现结合我市实际,制定本实施细则。

第二条 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,以人民健康为中心,加快医疗保障重点领域和关键环节改革。坚持保障基本、平稳过渡、协调联动、因地制宜的原则,既尽力而为、又量力而行,将门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围,建立健全门诊共济保障机制,同步改革职工医保个人账户,提高医保基金使用效率,逐步减轻参保人员医疗费用负担。确保到2023年年底,建立起更加完善的职工医保门诊统筹制度,职工医保基金内部结构更加优化,个人账户管理机制更加完善,门诊医疗保障水平稳步提升,医疗保障制度更加公平更可持续。

第三条 本细则适用于我市全体参加统账结合模式的职工医保参保人员。

第四条 各县(市、区)人民政府切实加强组织领导,建立责任落实机制,健全督导检查机制,确保改革目标如期完成。各有关部门要密切配合,妥善处理改革前后的政策衔接,确保参保职工待遇平稳过渡,确保改革有序推进。医疗保障部门牵头做好建立健全职工医保门诊共济保障机制工作;财政部门配合做好医保基金的监督管理工作;卫生健康部门加强医疗机构的监管考核,促进定点医疗机构规范诊疗行为;创新宣传方式,宣传好改革的目的意义,把握正确的舆论导向,针对改革中的热点和敏感问题,做好政策解读和舆情监测,积极主动回应社会关切,营造良好的改革舆论氛围。

第五条 市医疗保障部门负责制定我市职工医保门诊共济保障工作的发展规划、政策规定和统筹协调、监督管理工作。县级医疗保障部门负责本辖区内门诊共济保障工作的组织实施和行政管理工作。

市级医保经办机构负责指导全市职工医保门诊共济保障工作,并做好市本级职工医保门诊共济保障经办工作。县级医保经办机构负责当地职工医保门诊共济保障经办工作。

第二章 门诊统筹保障待遇

第六条 建立健全职工普通门诊统筹保障机制。逐步将多发

病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围,公平普惠保障人民群众基本门诊医疗需求。落实全省统一的医疗保障待遇清单制度,执行市级统筹规定,确保普通门诊统筹在保障内容和待遇支付方面的统一,并做好与门诊慢特病和住院待遇支付政策的衔接。

第七条 科学设定职工普通门诊统筹待遇支付政策。合理确定职工医保门诊统筹基金年度起付标准、支付比例和最高支付限额。随着职工医保基金可承受能力的增强,逐步提高保障水平。

(一)起付标准。在一个自然年度内,参保人员在统筹区内有普通门诊统筹定点资格的医疗机构就医,年度起付标准不高于全省全口径城镇单位就业人员平均工资(以下简称全省职工年平均工资)的2%,具体为:一级定点医疗机构200元,二级定点医疗机构400元,三级定点医疗机构800元。参保人员在不同级别医疗机构门诊就医,起付标准实行当年度累计计算。

(二)支付比例。参保人员发生的政策范围内普通门诊医疗费用,在起付标准以上至最高支付限额以下的部分,在职职工在一、二、三级定点医疗机构的基金支付比例分别暂定为70%、60%、50%;退休职工在一、二、三级定点医疗机构的基金支付比例分别暂定为75%、65%、55%。

(三)最高支付限额。一个自然年度内,参保人员发生的政策范围内普通门诊医疗费用,职工医保统筹基金的最高支付限额为2000元。

第八条 规范职工门诊慢特病病种和医保政策。2022年年

底前,执行全省统一的门诊慢特病基本病种目录,统一基本病种名称和认定标准,将部分治疗周期长、健康损害大、费用负担重的疾病统一纳入门诊慢特病病种范围,并动态调整。对于国家医保谈判药品中临床必须、费用较高、替代性不强、适于门诊治疗,且未纳入我市门诊慢特病范围的部分药品,可通过谈判药品门诊保障机制单独支付。根据基金承受能力和普通门诊保障水平,可探索通过门诊保障机制转换,对部分慢性病病种实现由病种保障向费用保障过渡。对日间手术和日间病房等参照住院医保待遇结算。

第九条 拓展门诊用药保障渠道。支持外配处方在定点零售药店结算和配药,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,施行与定点医疗机构统一的门诊报销政策,年度起付标准和年度最高支付限额合并计算。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。

第十条 完善居民医保门诊统筹机制。稳步提高居民普通门诊保障水平,到2025年,普通门诊报销额度提高至300元。进一步扩大由统筹基金支付的门诊慢特病病种范围,惠及更多参保群众。

第三章 个人账户改革和使用管理

第十一条 改革职工医保个人账户计入办法。个人账户计入办法调整与建立健全门诊共济保障机制同步实施。

(一)在职职工个人缴纳的基本医疗保险费全部划入本人个人账户,即本人参保缴费基数的2%。

(二)2023年1月起,单位缴纳的基本医疗保险费计入在职职工个人账户部分调减到现行标准的50%,即:在职职工年龄在45岁(含45岁)以下的,按本人缴费基数的0.5%计入个人账户,45岁以上的,按本人缴费基数的0.75%计入个人账户;退休人员个人账户计入政策保持不变。

(三)2024年1月起,在职职工单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金,不再划入个人账户;退休人员个人账户由统筹基金按定额划入,70周岁以下退休人员,划入额度统一调整为聊城市2023年度基本养老金平均水平的2%,70周岁及以上退休人员,划入额度统一调整为聊城市2023年度基本养老金平均水平的2.5%。

(四)在职转退休的职工,自次月起享受退休人员个人账户待遇。

(五)灵活就业人员按规定享受退休人员基本医疗保险待遇的,个人账户政策按本规定标准执行。

(六)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。

第十二条 规范个人账户使用。进一步明确个人账户支付范围,拓宽个人账户支付渠道,规范个人账户使用管理。职工医保个人账户使用范围包括:

(一)个人账户资金主要用于支付参保人员在定点医药机构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,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,配偶、父母、子女参加居民基本医疗保险、长期护理保险、政府指导的普惠型商业医疗保险等的个人缴费。

(二)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。

(三)个人账户资金可以结转使用和继承。职工调离我市时,个人账户结余资金可随同转移或一次性拨付给本人。

第十三条 健全个人账户使用管理办法,完善个人账户省内和跨省结算智能监控平台、“一卡通行”定点医药机构动态维护机制、常态化巡检机制、应急处置机制。

第四章 医疗服务与就医管理

第十四条 职工医保门诊统筹实行定点协议管理。普通门诊定点医疗机构名单由市医疗保障部门另行公布。

第十五条 实行普通门诊统筹签约制度。参保人员自主选择1—2家普通门诊定点医疗机构,持社保卡、身份证等有效证件现场或网上签约。参保人员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身份认证凭证。接诊医生应

认真核对其身份,确保人证相符。

第十六条 普通门诊费用实行联网结算。参保人员在普通门诊定点医疗机构发生的门诊费用,实行联网即时结算,参保人员只支付个人负担部分,其余部分由医保经办机构与定点医疗机构定期结算。

第十七条 统一医保支付范围。职工普通门诊统筹执行统一的医疗保险药品目录、诊疗目录、医用耗材目录和医疗服务设施范围目录。医疗机构在使用医保目录范围外项目时,应告知患者或其亲属;超出目录范围的费用,医保基金不予支付。

第十八条 实现政策有效衔接。做好家庭医生签约服务与普通门诊、门诊慢特病管理措施的衔接,引导参保人员在基层就医首诊,促进基层医疗卫生服务体系健全完善。加快推动门诊慢特病跨省联网结算,到2022年底实现门诊慢特病跨省联网结算。

第十九条 完善医疗费用结算支付方式。将门诊医疗服务纳入医保定点机构协议管理内容,建立门诊费用统计分析制度。推进门诊支付方式改革,对普通门诊服务,实行按人头付费等付费方式;对门诊慢特病,可实行按人头付费、按病种付费等复合式付费方式;对不宜打包付费的门诊费用,可按项目付费。

第二十条 普通门诊统筹医疗费用结算,按照属地原则,市、县分级负责。市级医保经办机构负责市级医疗机构职工医保门诊统筹费用结算和全市清算。县级医保经办机构负责本辖区内医疗机构职工门诊统筹费用结算和清算。

第二十一条 医保经办机构按月或按季度进行结算,具体结算流程、结算办法另行制定。

第五章 监督管理

第二十二条 健全监督机制。建立健全与门诊共济保障相适应的基金管理制度和稽核检查机制,落实定点医药机构主体责任,完善门诊就医服务监控分析机制,引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

第二十三条 加强费用审核。加强个人账户使用、结算等环节的管理审核,防止个人账户资金违规使用,严肃查处门诊过度诊疗、不合理用药和利用职工医保个人账户、居民普通门诊报销额度套取骗取医保基金等违法违规行为和问题,确保基金安全高效、合理使用。完善门诊就医服务监控分析机制,引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

第二十四条 建立信息化监控机制。建立全市统一的门诊统筹信息系统,实现医保经办机构与普通门诊定点医疗机构互联互通、资源共享和医疗费用即时结算,医疗机构建立处方等信息上传制度,加强门诊费用日常审核监督。

第二十五条 建立基金安全防控机制。严格贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《山东省医疗保障基金监督管理办法》,加强对定点医疗机构医

疗行为和医疗费用的监管,实现医保基金全领域、全流程、全方位监管,严厉打击欺诈骗保行为。压实医疗机构主体责任、卫生健康部门行业主管责任、医保部门基金监管责任、县(市、区)属地责任,落实卫生健康、市场监管等有关部门协同监管责任,严肃查处违法违规行爲。

第六章 附 则

第二十六条 市医保局、市财政局可根据上级部署、医保基金支付能力等情况,对门诊统筹保障待遇标准适时进行调整。

第二十七条 本实施细则自2023年1月1日起施行。