

西藏自治区人民政府办公厅印发《关于建立职工基本医疗保险门诊共济保障机制 的实施办法》的通知

各地(市)行署(人民政府),自治区各委、办、厅、局:

经自治区党委、政府同意,现将《关于建立职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施办法》印发给你们,请结合实际认真贯彻落实。

2021年12月29日

关于建立职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施办法

第一章 总则

第一条 为贯彻落实好《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)精神,进一步健全我区互助共济、责任共担的城镇职工基本医疗保险(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,建立我区职工医保门诊共济保障机制,按照自治区党委、政府关于深化医疗保障制度改革任务部署,制定本办法。

第二条 完善制度、引导预期,人人尽责、人人享有,尽力而为、量力而行,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。遵循的主要原则为:

- (一)坚持保障基本,实行统筹共济,切实维护参保人员权益。
- (二)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。
- (三)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、协同转换。
- (四)坚持因地制宜,从我区实际出发,探索建立健全职工医保门诊保障的有效途径。

第三条 以实现我区职工医保门诊医疗费用从个人积累保障模式向基金共济保障模式转变为目标。通过现有政策制度转轨,不新增缴费,实现普通门诊费用也能报销;实施家庭共享个人账户,提升制度效能;支持基层医疗服务机构发展和医疗资源利用,优化基层医疗服务的资源配置。

第四条 本办法适用于我区职工医保全体参保人员。

第二章 普通门诊统筹

第五条 补齐我区职工医保普通门诊保障短板,增强门诊共济保障功能,在全区建立职工医保门诊共济保障机制。实施普通门诊统筹制度,将参保人员普通门诊费用纳入统筹基金报销范围,待遇支付向退休人员适当倾斜。

第六条 职工医保参保人员一个自然年度内在定点医疗机构普通门诊就医的,按以下规定报销:

- (一)起付标准和最高支付限额:普通门诊统筹年度累计起付标准为300元(退休人员在此基础上降低30%),年度最高支付限额为3000元,最高支付限额不纳入年度住院和门诊特殊病种封顶线计算。
- (二)报销比例:参保人员在二级以下定点医疗机构门诊就医产生的政策范围内医疗费用报销比例为在职人员70%、退休人员80%;在三级定点医疗机构门诊就医产生的政策范围内医疗费用报销比例为在职人员60%、退休人员70%。起付线以下和年度最高支付限额以上部分的普通门诊费用由个人负担。

(三)自治区医保、财政部门可根据门诊统筹制度实施情况和医保基金运行情况，适时调整待遇政策。

第七条 在全面建立普通门诊统筹机制的同时，做好我区职工医保高血压、糖尿病等门诊特殊病和多发性硬化等罕见病门诊保障工作。职工医保参保人员因住院或认定门诊特殊病前7天符合规定的门诊检查、治疗费用，纳入住院或门诊特殊病费用报销。

第八条 各地(市)根据城乡居民基本医疗保险运行情况，在确保基金收支平衡基础上，报自治区医保部门同意后，可同步调整完善城乡居民基本医疗保险门诊统筹起付线、封顶线、报销比例等待遇政策，逐步提高保障水平。

第九条 建立便捷高效的门诊共济医保支付机制，白内障手术、癌症放化疗、肾透析、器官移植术后抗排异治疗等适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗费用，参照住院待遇由统筹基金进行报销。

第十条 参保人员在定点医疗机构就医、并持外配处方在符合条件的定点零售药店购药和配药的费用纳入普通门诊统筹结算报销范围，将定点医药机构提供的用药保障服务纳入医保协议管理，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用，具体结算办法由自治区医保部门另行制定。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。

第三章个人账户计入

第十一条 改进个人账户计入办法。普通门诊统筹制度不额外新增参保人员和参保单位缴费负担，通过改进优化个人账户计入办法实现。将在职人员单位缴费中划转进入个人账户资金和调整退休人员划转比例资金统一纳入统筹基金，用于建立门诊共济保障机制，提高参保人员门诊待遇。

第十二条 在职人员个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，按照本人参保缴费基数的2%计入。继续对退休人员执行不缴纳医保费用政策，退休人员个人账户由统筹基金按每人每年3600元定额划入。

第十三条 调整个人账户结构后，增加的统筹基金用于保障普通门诊统筹。单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金，用于保障参保人员的医疗待遇。

第四章个人账户家庭共享

第十四条 建立个人账户家庭共享机制。为更好满足参保人员本人和家庭日常购药需求，允许参保人员个人账户用于支付本人及其配偶、父母、子女等近亲属在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，也可支付在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材的费用。

第十五条 参保人员家庭共享个人账户遵循自愿原则，为本人配偶、父母、子女等近亲属提供共享权限，共享支付后本人余额须高于3000元以上。

第十六条 参保人员个人账户可用于共享人员缴纳参加城乡居民基本医疗保险和长期护理保险的保险费。

第十七条 参保人员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。

第五章管理与监督

第十八条 优化管理服务措施，完善服务协议内容，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。

第十九条 严格执行医保基金预算管理制度，进一步加强基金稽核制度和内控制度建设。建立健全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。

第二十条 强化对医疗服务行为和医疗费用的监管，坚持分类管理与分级负责相结合，统筹做好线上、线下监管，将门诊共济政策执行情况纳入全覆盖检查、飞行检查和日常巡查范围，依法依规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。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。

第二十一条 完善国家医疗保障信息平台西藏平台，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、规范长期处方管理等工作，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。

第二十二条 结合我区医保支付方式改革推进情况，建立与门诊共济保障相适应的付费机制。对基层医疗服务推进按人头付费，从糖尿病、高血压、慢性肾功能衰竭等治疗方案标准、评估指标明确的慢性病入手，逐步开展特殊慢性病按人头付费工作，医疗机构做好健康管理。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。

第六章组织保障

第二十三条 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。各地(市)行署(人民政府)要高度重视，切实加强领导，建立协调机制，按照本办法要求，提前谋划，统筹安排，抓好落实，确保如期稳妥实施改革任务。自治区医保局、财政厅、卫生健康委要会同相关部门加强对各地的工作指导，上下联动，形成合力。

第二十四条 各地(市)、各部门要创新宣传方式，丰富宣传手段，广泛开展宣传，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。

第七章附则

第二十五条 本办法自2022年1月1日起在全区执行。原相关政策规定与本办法不符的，以本办法为准。

第二十六条 本办法由自治区医保局负责解释。