

铁岭市医疗保障局
铁岭市财政局
铁岭市人力资源和社会保障局 文件
铁岭市卫生健康委员会
铁岭市市场监督管理局

铁医保〔2022〕67号

关于印发《铁岭市职工基本医疗保险
门诊共济保障实施细则》的通知

各县(市)区医保局、财政局、人社局、卫健局、市场局,市医疗保障事务服务中心,各定点医药机构:

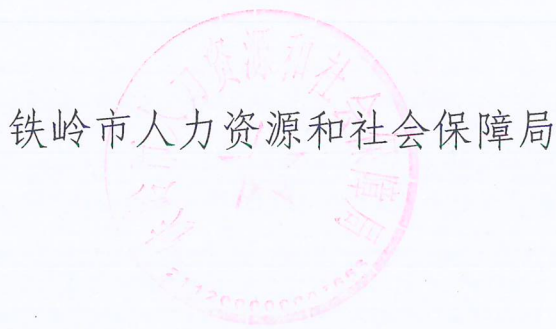
现将《铁岭市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则》印发给你们,请认真贯彻执行。



铁岭市医疗保障局



铁岭市财政局



铁岭市人力资源和社会保障局



铁岭市卫生健康委员会



铁岭市市场监督管理局

2022年11月16日

(信息公开形式：主动公开)

铁岭市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 为进一步完善我市城镇职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）制度，建立健全门诊共济保障机制，提高参保人门诊待遇水平，根据《关于建立健全全省职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》（辽政办发〔2021〕39号）和《铁岭市人民政府办公室关于印发铁岭市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》（铁政办发〔2022〕16号），结合实际，制定本实施细则。

第二条 本细则适用于参加我市职工医保并按规定缴纳医疗保险费的参保人（含灵活就业参保人员、单建统筹参保人员，以下简称“参保职工”）。

第三条 坚持市级统筹、分级管理、责任分担。坚持人人尽责、人人享受，确保政策公平普惠。坚持保障基本，逐步增强职工医保门诊保障水平。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、同步实施。坚持因地制宜，积极探索增强我市职工医保门诊保障的有效途

径。

第四条 职工医保普通门诊统筹所需资金从职工医保统筹基金中列支，实行专账管理，单独核算，参保职工个人无需另行缴费。

第五条 市医疗保障行政部门负责制定和调整全市门诊共济保障相关政策并组织实施，指导全市开展门诊共济保障工作，加强对定点医疗机构的监管。市医保经办机构负责建立统一规范的普通门诊保障经办业务流程和费用结算办法，指导各级医保经办机构提高经办管理服务水平，强化基础管理和经办机构内控制度，加强对定点医疗机构的协议管理。

卫生健康部门负责督促指导医疗机构做好门诊共济保障的医疗服务，完善医疗机构门诊就医管理机制，规范定点医疗机构诊疗行为，优化门诊就医流程，引导参保职工在基层就医首诊，强化基层医疗卫生综合服务能力建设，加强医疗机构的监管考核。

财政部门负责医保基金保障和监管使用，配合医保部门及时结算定点医疗机构费用。

人力资源社会保障部门负责提供退休人员基本养老保险平均水平等相关数据。

市场监督管理部门负责药品流通、使用环节监管，严厉打击倒卖药品等违法行为。

第二章 待遇保障

第六条 参保职工在市域内（异地长期居住备案人员在备案地）职工门诊统筹定点医疗机构普通门诊就医发生的合规医疗费用纳入门诊统筹基金支付范围。职工门诊统筹待遇与门诊慢特病待遇可兼得。

第七条 职工医保普通门诊统筹执行国家、省基本医疗保险药品、医用耗材和诊疗项目支付范围；异地长期居住备案人员执行备案地基本医疗保险药品、医用耗材和诊疗项目支付范围。

第八条 职工医保门诊统筹实行定点管理，全市一级（含未定级）及以上定点医疗机构，社区卫生服务中心，乡镇卫生院纳入职工医保门诊统筹定点范围。

第九条 在一个自然年度内，参保职工普通门诊政策范围内医疗费用统筹基金起付标准为 300 元，最高支付限额 3000 元。起付标准以上最高支付限额以下的合规医疗费用支付比例按医疗机构级别设置，三级定点医疗机构，在职职工支付比例 50%；二级定点医疗机构，在职职工支付比例 55%；一级（含未定级）定点医疗机构、精神病及传染病专科定点医疗机构，在职职工支付比例 60%。退休职工支付比例同比提高 5%。职工医保普通门诊统筹年度最高支付限额与职工基本医保统筹基金年度最高支付限额分别计算，限额当年有效，不滚存，不累计，限本人使用。职工医保门诊统筹医疗

费用不计入职工大额医疗费用补助，不计入公务员医疗补助。2022年12月实施当月，起付线25元，支付限额250元。

第十条 已办理异地长期居住备案手续的参保人员在本地或备案地就医执行我市职工医保普通门诊统筹待遇标准，其中，在备案地就医按照定点医疗机构级别执行，不区分专科类别。异地转诊人员、临时外出人员在异地就医发生的普通门诊费用暂不纳入门诊统筹支付范围。

第十一条 门（急）诊、抢救政策按照《关于铁岭市基本医疗保险门（急）诊医疗费用统筹基金支付相关工作的通知》（铁医保〔2022〕66号）执行。

第十二条 职工门诊统筹实施后，同步取消以下政策：

（一）“经超百元大型仪器检查的，3个工作日内确需住院治疗的，统筹基金按比例予以支付”政策。

（二）“做与恶性肿瘤等12种重大疾病复查相关的超百元大型检查，统筹基金按比例予以支付”政策。

（三）癌胚抗原、甲胎蛋白、糖类抗原CA-199、糖类抗原CA-125、糖类抗原CA-153五项百元以下项目支付政策。

第十三条 职工医保产前检查、计划生育等政策范围内门诊费用（应由公共卫生经费支付的除外）纳入职工医保普通门诊统筹支付范围。职工生育保险参保职工同时享受职工医保门诊统筹待遇。

第三章 个人账户管理

第十四条 自 2022 年 12 月 1 日起，用人单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。享受统账结合待遇的在职参保职工个人账户按照本人参保缴费基数 2% 计入；享受统账结合待遇的退休参保职工个人账户由统筹基金按定额划入，划入标准为 2022 年度全市退休人员基本养老金月平均水平的 2%，即 60 元/人/月。公务员医疗补助计入职工医保个人账户比例不变。

第十五条 个人账户主要用于支付下列费用：参保职工本人及其配偶、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纳入国家医保信息系统或具有国家医保标准编码的药品、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。

第十六条 逐步实现个人账户用于参保职工及其配偶、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、与基本医疗保险相衔接的普惠型商业健康保险、长期护理保险等个人缴费。

第十七条 参保职工可通过“辽事通”等第三方 APP，提供本人及家庭成员有效身份证件等信息，并签署个人承诺

书，与家庭成员建立共济关系。家庭成员与参保职工的社会关系真实性由参保职工本人负责。

第十八条 建立共济关系的人员就诊时，可使用参保职工医保凭证（含社会保障卡、医保电子凭证）在定点医药机构从个人账户中划扣，个人账户不够支付的，由就诊人自付。

第十九条 其他规定

（一）个人账户资金可以结转使用和继承。

（二）参保职工向本统筹外地区办理制度内医保关系转移时，若个人账户存有余额的，应随医保关系一同办理资金划转。参保人向本统筹外地区办理跨制度医保关系转移时，若个人账户存有余额的，可依申请办理个人账户余额返还。

（三）参保职工转为城乡居民医保，个人账户可以在变更险种后继续使用。

（四）参保职工死亡终止医保关系后，可依申请将个人账户余额返还给法定继承人。

（五）办理异地居住长期备案的参保职工，居住地尚未实现异地就医直接划卡结算的，可依申请由参保地经办机构对其办理个人账户余额返还或继承。

（六）个人账户通过社会保障卡（含电子凭证）支付，社会保障卡应妥善保管，丢失后及时挂失，挂失前造成的损失由本人承担。

第四章 经办服务

第二十条 医保经办机构应严格执行医保基金预算管理制度，将职工医保统筹基金支付参保职工门诊医药费用情况纳入年度总额预算范围。

第二十一条 健全医疗服务监控、分析和考核体系，将职工门诊共济保障纳入医保服务协议管理，完善政策要求、管理措施、信息化标准建设、服务质量、支付标准、考核办法、奖惩机制和参保人满意度等内容，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

第二十二条 职工医保门诊共济保障机制建立初期，经办机构与定点医疗机构结算暂按项目付费。依托医疗保障信息平台，加强门诊费用数据采集和分析应用，为完善门诊付费机制奠定基础，逐步完善与门诊共济保障相适应的付费机制。

第二十三条 市卫生健康部门要结合职工门诊统筹的实施推广多学科诊疗服务模式，优化预约诊疗，加强处方监管，规范长期处方管理。通过协同推动基层医疗服务体系建设、完善家庭医生签约服务、结合完善门诊慢特病管理措施，促进基层定点医疗机构提升服务能力。配合医疗保障部门开展门诊处方流转工作，为参保职工提供优质高效的门诊服务。

第二十四条 贯彻落实门诊共济保障异地就医直接结算要求，异地长期居住备案人员原则上应在备案地已经开通异

地就医门诊直接结算的定点医疗机构就医，所发生的医疗费用实行联网结算、报销。

第五章 监督管理

第二十五条 医疗保障部门要结合职工医保门诊共济保障相关规定，健全医保基金安全防控机制，严肃查处各类涉及门诊共济保障违法违规使用医保基金的行为，强化对定点医药机构门诊共济医疗行为和医疗费用的监管。卫生健康、市场监督管理、财政部门依各自职责做好相关监管工作。

第二十六条 定点医疗机构要健全医院信息管理系统，按全市统一的职工门诊统筹实时结算软件接口要求，与基本医疗保险电子结算系统实现数据对接，实现职工普通门诊医疗费用实时结算。

第二十七条 定点医疗机构应当按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料和电子数据，及时通过医疗保障信息系统全面准确传送医疗保障基金使用有关数据，并与医保智能监控系统实现购销存等实时对接。

第二十八条 定点医疗机构及其工作人员应当执行实名就医管理规定，对就诊的参保职工进行身份核实、确认，按照诊疗规范提供合理、必要的医疗服务，对推诿患者，过度诊疗，重复收费、超标准收费、分解项目收费，串换药品、

医用耗材、诊疗项目，诱导、协助他人冒名或者虚假就医，串通病人伪造病历资料、检查资料等违法违规违约行为，一经发现，依照医保定点协议严肃处理，并依法依规追究有关责任。

第二十九条 参保职工应尊重医务人员的诊疗决定，不得干预医务人员合理合规的诊疗行为，不得提出不合理的诊疗行为。对弄虚作假、冒名顶替、私自涂改单据等违法违规行为，一经发现，对直接责任人追回已支付的门诊统筹费用，并视情节轻重暂停其门诊统筹待遇，违反法律的追究其法律责任。对门诊统筹待遇给付有异议的，可向医保部门或定点医疗机构咨询、反映。

第三十条 加强对定点医疗机构常态化监测，针对医药费用增长快、次均费用高、患者自费比例高、检查费用占比高、目录外项目使用多等指标，引导定点医疗机构规范诊疗服务。量化医保协议日常监管考核，将考核结果与医保的费用年终清算、质量保证金的退还、协议续签和终止等挂钩，激励医药机构加强自我管理，规范诊疗行为，发挥基金监管激励和约束作用。

第六章 附 则

第三十一条 各级有关部门要结合自身职责，通过电视、报刊、官方网站、官方微信公众号等各类渠道广泛开展职工

医保门诊共济保障政策宣传引导和解读回应，凝聚社会共识和改革合力，推动参保人员树立共建共享、互助共济理念，营造良好社会氛围。

第三十二条 职工医保门诊共济保障待遇由市医疗保障部门会同财政部门根据国家、省部署、医保基金支付能力、医学技术发展等情况适时调整。

第三十三条 本实施细则由市医疗保障局负责解释。未尽事宜，按照有关法律法规及相关规定执行，如遇国家、省政策调整，以国家、省政策为准。

第三十四条 本实施细则自 2022 年 12 月 1 日起施行，以往与此不符的，以此为准。