

黑龙江省医疗保障局 黑龙江省财政厅 文件

黑医保发〔2022〕58号

关于印发《黑龙江省省本级职工基本医疗保险 门诊共济保障机制实施办法》的通知

省直各参保单位、定点医药机构：

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）有关要求，现将《黑龙江省省本级职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法》印发给你们，请遵照执行。

(此页无正文)



黑龙江省省本级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），结合本地实际，制定本实施办法。

第二条 本办法适用于省本级职工基本医疗保险参保人员。

第三条 本办法所称的政策范围内费用是指职工在定点医药机构门诊发生的符合国家基本医疗保险药品、诊疗项目和医疗服务设施范围目录规定的医疗费用。

本办法所称的统筹基金起付标准，是指职工一个自然年度内在定点医药机构普通门诊发生的政策范围内费用，按照本办法在统筹基金支付前由职工个人自付的金额。

本办法所称的统筹基金支付比例，是指职工一个自然年度

内在定点医药机构普通门诊发生的政策范围内费用，按照本办法由统筹基金支付的比例。

本办法所称的统筹基金支付限额，是指职工一个自然年度内在定点医药机构普通门诊发生的政策范围内费用，按照本办法由统筹基金支付的最高金额。

第二章 总体要求

第四条 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。

第五条 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。从省本级医疗保障工作实际出发，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

第六条 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。

第七条 落实普通门诊统筹待遇。一个自然年度内，职工医保参保人在门诊就医发生的政策范围内医疗费用，普通门诊统筹年度累计起付标准为 400 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%，二级医疗机构支付比例为 60%、三级医疗机构支付比例为 50%，退休人员按医疗机构级别相应提高 5 个百分点，统筹基金年度最高支付限额为 3000 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、常住异地工作人员、按规定转诊备案人员、异地突发疾病需紧急救治人员执行参保地普通门诊统筹政策；参保人员未转诊备案异地就医，普通门诊统筹支付比例按医院级别相应下调 10 个百分点；急诊死亡、急诊转住院按住院管理。

第四章 个人账户

第九条 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月定额划入，首次划入额度为每人 90 元/月（即 2021 机关事业单位企业退休人员基本养老金的 2.2% ，符合国家规定 2% 左右要求），待 2022 年平均基本养老金发布后视情况补划差额。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。个人账户可用于缴纳本人职工大额医疗费用补助。个人账户可用于配偶、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。

第十一条 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

第十二条 省本级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。

第十三条 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。

第十四条 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。

第十五条 逐步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。按规定将符合条件的定点零售药店确定为“双通道”零售药店。对纳入特殊用药管理的药品按照有关规定进行支付，在定点医疗机构和定点零售药店施行统一的支付政策。支持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，超过年度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 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，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。

第二十条 参保人员有以下情况之一的，不享受普通门诊统筹待遇：在职职工停止缴纳或未按规定缴纳职工医保费期间发生的门诊费用；职工住院期间发生的门诊费用；按职工医保住院、门诊慢特病保障等政策支付后，剩余个人自付部分的医疗费用等。

第六章 附 则

第二十一条 省医疗保障局会同省财政厅根据基金运行情

况，适时调整职工普通门诊医保待遇。以往与此政策不同的门诊统筹政策同时废止，按本办法执行。

第二十二条 本实施办法由省医疗保障局负责解释，2023年1月1日起执行。

