

连云港市人民政府办公室文件

连政办发〔2022〕73号

市政府办公室关于印发连云港市建立健全 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、区人民政府，市各有关单位：

《连云港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》已经市十五届政府第17次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真组织实施。

连云港市人民政府办公室

2022年12月16日

（此件公开发布）

连云港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

为贯彻落实《省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》（苏政办发〔2021〕108号）要求，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，结合我市实际，制定本实施细则。

一、总体要求

认真贯彻落实国家关于深化医疗保障制度改革的部署要求，加快医疗保障重点领域和关键环节改革，按照“保障基本、平稳过渡、协同联动、因地制宜”的原则，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，健全职工医保门诊共济保障机制，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。

二、主要内容

（一）提高职工医保门诊统筹待遇

职工医保门诊统筹覆盖职工医保全体参保人员，参保人员在定点医疗机构发生的符合基本医疗保险政策范围的普通门诊费用，超过起付标准的，纳入门诊统筹基金支付范围，政策范围内医疗费用统筹基金支付比例不低于60%，适当向退休人员倾斜。

职工医保门诊统筹起付标准、最高支付限额及报销比例规定如下：

	起付标准	最高支付限额	报销比例		
			一级及以下医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构
在职人员	750 元	6000 元	70%	65%	60%
退休人员	600 元	6000 元	75%	70%	60%
建国前老工人	600 元	7000 元	75%	70%	60%

职工医保门诊统筹起付标准、最高支付限额、报销比例等可根据我市经济社会发展水平和医保基金运行情况，由市医保局会同相关部门适时进行动态调整。

加快建立处方流转平台，支持外配处方在定点零售药店结算和配药，规范推进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，政策范围内药品费用统筹基金支付比例与外配处方的定点医疗机构一致，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用。

（二）规范职工医保门诊慢特病保障

实施全省统一的门诊慢特病制度，逐步规范门诊慢特病病种范围。按照全省统一部署，将部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的疾病门诊费用纳入门诊慢性病保障范围；对部分适

合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊疾病治疗，可参照住院待遇进行管理。我市原则上不再自行增加门诊慢特病病种，现有门诊慢性病保障水平低于改革后门诊统筹待遇水平的门诊慢性病病种，稳妥有序过渡到按职工医保门诊统筹保障。

（三）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；灵活就业人员按照8%（在用人单位不含生育保险费率的医保缴费率与职工个人缴费率之和基础上，降低1个百分点）的缴费比例缴纳基本医疗保险费，除按规定划入个人账户部分外，其余部分计入统筹基金；调整职工医保退休人员个人账户划拨比例。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，提高参保人员门诊待遇。

（四）改进个人账户计入办法

科学合理确定个人账户计入办法和计入水平。2023年1月1日起，在职职工、灵活就业人员个人账户每月计入标准为本人参保缴费基数的2%。2023年1月1日起，退休人员个人账户按照2022年本人个人账户划拨规模按月定额划入，2024年1月1日起，退休人员个人账户划入额度为我市根据本实施细则实施改革当年基本养老金平均水平的2.5%。参保人员医疗保险状态由在职变更为退休后，从次月起为其变更个人账户计入比例和办法。

（五）规范个人账户使用范围

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，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。医疗器械和医用耗材的范围由省统一制定。个人账户资金可以用于参保人员参加职工大病保险（大额医疗费用补助）、长期护理保险等的个人缴费，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。

三、配套机制

（一）加强医保基金监督管理

完善管理服务措施，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。强化对医疗行为和医疗费用的监管，严肃查处门诊过度医疗、不合理用药等违法违规行为。加强基金稽核制度和内控制度建设。严格落实个人账户使用管理规定，做好收支信息统计，全面掌握个人账户使用流向和门诊医疗费用保障具体情况。将门诊统筹基金使用情况纳入定点医药机构和参保人员医保信用信息管理。建立医保基金安全防控机制以及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，防止个人账户套现、超范围使用等违规现象。将门诊医疗费用纳入医保基金智能监控范围，完善智能监控系统知识库和规则库，健全门诊费用智能监控手段，充分

运用大数据、人工智能等新技术，实现智能监控疑点早发现和早处理，保持打击欺诈骗保高压态势，提高基金综合监管水平，确保基金安全高效、合理使用。

（二）优化医药服务管理和医保公共服务

建立健全国家谈判药品“双通道”用药保障机制，积极推进谈判药品落地，做好单独支付药品费用与门诊统筹政策衔接。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价格合理的国家基本药物、集中带量采购药品。鼓励定点零售药店自愿参加国家和省药品集中带量采购。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。

完善定点医药机构协议管理，将门诊医药服务纳入协议管理内容。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。发挥门诊共济保障机制作用和改革系统集成作用，健全完善基层医疗卫生服务体系。通过协同推动基层医疗卫生服务体系建设、完善家庭医生签约服务、规范长期处方管理等，引导非急诊参保人员在基层医疗卫生机构就医首诊。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。加快全省统一的医疗保障信息平台建设，推进门诊费用异地就医直接结算，强化异地就医门诊费用联动监管。

（三）完善与门诊共济保障相适应的付费机制

严格执行医保基金预算管理制度，完善门诊统筹基金总额预

算管理，深化与门诊共济保障机制相适应的门诊医保支付方式改革。针对门诊医疗服务特点，创新医保支付政策和管理。对基层医疗机构门诊服务，探索按人头付费为主的付费方式；对门诊慢特病，积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合；对日间手术及符合条件的门诊特殊病种，推行按病种付费；对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。

四、组织实施

（一）加强组织领导

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。各县区要高度重视，切实加强领导，建立协调机制。市医保局、市财政局要会同相关部门加强对各县区的工作指导，上下联动，形成合力，确保改革目标如期完成。

（二）积极稳妥推进

各相关部门要密切配合，确保改革稳妥推进。医保部门要牵头做好建立健全职工医保门诊共济保障机制工作；财政部门要配合做好医保基金的监督管理工作；卫生健康部门要加强定点医疗机构的服务能力建设和监管考核，促进定点医疗机构规范诊疗行为，配合做好处方流转工作，推进长处方规范管理，为参保人员提供优质医疗服务；市场监管部门要加强零售及使用环节监管，严厉打击倒卖药品等违法行为；人力资源社会保障部门和统计部门要及时统计、提供基本养老金平均水平、全口径城镇单位就业人员

年平均工资等相关数据；税务部门要做好医疗保险费征收工作。

（三）注重宣传引导

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。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。

本实施细则自 2023 年 1 月 1 日起施行。

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市纪委监委，市法院，市检察院，连云港警备区。

连云港市人民政府办公室

2022 年 12 月 20 日印发