

淮安市职工基本医疗保险门诊共济制度 实施办法（试行）

（征求意见稿）

（0831）

第一章 总 则

第一条 【制定依据】为贯彻落实《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）和《江苏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），进一步建立健全互助共济、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，经市人民政府同意，现制定本办法。

第二条 【适用范围】本办法适用于我市职工医保参保人员。

第三条 【基本原则】贯彻中央和省市委关于深化医疗保障制度改革的部署要求，遵循“保障基本、平稳过渡、协同联动、因地制宜”的原则，将符合政策范围的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。妥善处理好改革前后的政策衔接，确保参保人员待遇平稳过渡。

第二章 门诊共济机制

第四条 【统筹机制】建立职工医保普通门诊费用统筹保障机制。

（一）通过改革职工医保个人账户计入办法，将单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金，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，纳入统筹基金支付范围，增强门诊共济保障功能，提高参保人员门诊待遇。

（二）职工医保门诊统筹的起付线、封顶线和支付比例，根据淮安市经济社会发展情况及职工医保基金运行情况实行动态调整。

（三）在非门诊统筹定点医药机构发生的普通门诊医疗费用，以及现行市级职工医保统筹文件规定的不予支付情形，职工门诊医保统筹基金不予支付。

第五条 【待遇标准】参保人员在一个自然年度内发生普通门诊合规医疗费用，起付标准以上、支付限额以下的，由职工医保统筹基金按比例支付。

（一）起付标准：在定点医疗机构普通门诊就医的，起付标准为 500 元。

（二）支付限额：在一个自然年度内，普通门诊合规医疗费最高支付限额为 6000 元，门诊与住院不共用支付限额。

（三）支付比例：在一级及以下、二级、三级定点医疗机构的支付比例分别为 70%、65%、60%，退休人员分别增加 5 个百分点。

第六条 【异地就医】按规定办理异地就医备案的异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员、已办理住院转诊手续人员，异地门诊就医可以享受普通门诊统筹待遇。临时外出就医的其他人员在市外定点医疗机构门诊治疗的，支付比例在正常待遇基础上下降 20%。

第七条 【门诊慢特病待遇】执行全省职工医保门诊慢性病、特殊病制度，统一门诊慢特病种范围。对未纳入全省门诊慢特病病种范围的，继续执行我市现行门诊慢特病待遇政策。对门诊统筹后待遇水平高于现有门诊慢特病保障水平的门诊慢特病种，过渡到按门诊统筹保障。

第八条 【处方流转】依托省处方流转平台，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，支持外配处方在定点零售药店结算和配药，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。

第三章 个人账户改革

第九条 【个人账户】改革职工医保个人账户计入办法。

（一）2023 年 1 月 1 日起，在职职工个人账户每月由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准按照本人参保缴费基数 2%，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金；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统一调整到当年淮安市基本养老金平均水平的 2.5%。未领取养老金的灵活就业人员，个人账户划拨标准不变。

（二）参保人员办理基本医保关系在职转退休，从次月起为其变更个人账户计入比例。

第十条 【使用范围】优化个人账户的使用范围。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。医疗器械和医用耗材的范围由省统一制定。

（一）个人账户资金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。

（二）个人账户资金可以用于参保人员参加职工大额医疗费用补助（或大病保险）、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。

（三）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。

第四章 配套机制

第十一条 【协议管理】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，促进基层医疗卫生服务体系健全完善；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，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。

第十二条 【服务管理】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，积极探索单独支付药品费用与门诊统筹政策衔接。执行省统一医保药品支付标准，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+”医疗服务纳入门诊保障范围，执行线上线下医保同等支付政策。

第十三条 【信息管理】加快医疗保障信息平台建设，推进门诊费用异地就医直接结算，做好定点医疗机构异地就医普通门诊费用直接结算数据接口改造工作，强化异地就医门诊费用联动监管。

第十四条 【付费管理】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。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。

第十五条 【费用结算】医保经办机构应与定点医药机构做好门诊统筹基金结算工作，利用医保智能监控系统做好

费用审核，按照省医保部门统一要求完成基金拨付。

第十六条 【基金监管】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。

（一）健全完善个人账户使用管理办法，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。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。

（二）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，坚持打击欺诈骗保行为，提高基金综合监控水平，确保基金安全高效、合理使用。强化异地就医门诊费用联动监管。

（三）加强基金稽核制度和内控制度建设，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。

第五章 组织实施

第十七条 【组织领导】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。各县区人民政府要高度重视，切实加强领导，担负起主体责任，建立协调机制，积极稳妥抓好工作落实。市医疗保障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。

第十八条 【稳妥推进】各县区人民政府要按照本办法要求，统筹安排，推进改革举措落实，实现改革目标。妥善处理改革前后的政策衔接，确保参保人员待遇平稳过渡。

第十九条 【加强宣传】各县区人民政府要创新宣传方式，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。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。

本办法自 2023 年 1 月 1 日起施行。