

南通市人民政府办公室文件

通政办发〔2022〕127号

市政府办公室印发关于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

各县（市、区）人民政府，市各直属园区管委会，市各有关部门和单位：

现将《关于健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施方案》印发给你们，请认真贯彻落实。



南通市人民政府办公室

2022年12月30日

关于健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施方案

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）、《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），进一步健全完善互助共济、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，制定如下实施方案。

一、总体要求

认真贯彻落实党中央、国务院和省委、省政府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，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。

二、主要措施

(一)完善职工医保普通门诊费用统筹保障机制(以下简称普通门诊统筹)。

2023年1月1日起,普通门诊统筹覆盖全市职工医保全体参保人员(含参加职工医保的灵活就业人员)。参保人员一个结算年度内在符合规定的定点医疗机构门诊就医和定点零售药店购药发生的,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,由统筹基金在限额内按比例支付。具体起付标准、统筹基金支付比例、最高支付限额为:

普通门诊统筹年度起付标准为在职人员800元、退休人员800元;在职人员在符合规定的一级及以下(含无等级)定点医疗机构、二级定点医疗机构、三级定点医疗机构的基金支付比例分别为75%、65%、60%,退休人员的基金支付比例高于在职人员5个百分点;一个年度内,政策范围内医疗费用最高支付限额为6000元,支付限额不结转、不累加到次年度。

支持外配处方在定点零售药店结算和配药,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统筹保障范围。参保人员在定点零售药店发生的政策范围内的药品费用,经处方流转平台规范流转外配的,统筹基金支付比例与开具处方的医疗机构相同,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性病、特殊病(以下简称门诊慢特病)保障

全面实现门诊慢性病保障由病种保障向费用保障过渡，本方案实施后，原门诊慢性病保障政策停止执行，具体病种包括糖尿病、高血压（Ⅱ、Ⅲ）期、乙型活动性肝炎等，以及实施市级统筹时县（市、区）暂予保留的病种。

全面执行全省统一的门诊特殊病保障政策，规范我市门诊特殊病病种范围和保障待遇，各地不得自行增加门诊特殊病病种，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，参照住院待遇进行管理。

（三）改进个人账户计入办法

稳步落实国家、省科学合理确定个人账户计入办法和计入水平的要求。2023年1月1日起，在职职工个人账户每月按照本人参保缴费基数的2%计入，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金（其中，参加职工医保的在职灵活就业人员，个人缴纳的基本医疗保险费除按上述规定计入个人账户以外，其余全部计入统筹基金）。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本市实施改革当年基本养老金平均水平的2.5%；建国前参加革命工作的老职工，个人账户划入额度每月另增加20元。调整统筹基金和个人账户结构后，增加的统筹基金主要用于门诊共济保障，提高参保人员门诊待遇。原参加职工医

保住院保险的人员，不设立个人账户，享受普通门诊统筹和门诊特殊病保障待遇。

（四）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，执行全省统一规定。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。具体个人账户资金使用范围及个人账户家庭共济的对象范围、路径方式等执行全省统一规定。

三、配套机制

（一）严格医保基金监督管理

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。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。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。健全门诊费用智能监控规则和手段，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，单独支付药品费用不计入普通门诊统筹限额。落实医保药品支付标准，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，促进基层医疗卫生服务体系健全完善。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、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。加快全省统一医疗保障信息平台的应用，完善门诊费用异地就医直接结算政策，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，推行按病种或按疾病诊断相关分组付费；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

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，属于重大医保制度改革，直接关系广大参保人员切身利益，涉及面广，政策性和技术性强。各地、各有关部门要高度重视，切实加强领导，建立协调机制，认真抓好工作落实。市医疗保障、财政部门及有关单位加强对各地的工作指导，注重上下联动，形成强大工作合力，确保改革目标任务如期实现。

（二）加强部门协同

各地要认真落实相关工作要求，建立部门联动工作机制。各部门要按职责分工抓好门诊共济保障各项工作，扎实推进改革举措落实，稳步实现改革目标。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。逐步提高门诊共济保障水平，市医疗保障部

门可根据经济社会发展和职工医保基金承受能力等，会同有关部门适时组织调整支付范围、起付标准、支付比例与支付限额等门诊共济保障政策。

（三）加强宣传引导

各地、各有关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。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。

本实施方案从2023年1月1日起实施。本市原有规定与本方案不符的，按本方案执行。国家和省、市有新规定的，从其规定。