

# 市政府关于印发徐州市职工基本医疗保险 门诊共济保障机制实施细则的通知

徐政规〔2022〕8号 2022年10月28日

各县(市、区)人民政府,徐州经济技术开发区、徐州高新技术产业开发区、徐州淮海国际港务区管委会,市各委办局(公司),市各直属单位:

《徐州市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》已经市政府第9次常务会议审议通过,现印发给你们,希认真贯彻落实。

## 徐州市职工基本医疗保险 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),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,特制定本实施细则。

### 一、总体要求

认真贯彻落实党中央、省委和市委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,适当提高职工医保门诊待遇保障水平,改革职工医保个人账户,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)适当提高门诊统筹保障水平

1.门诊统筹覆盖职工医保全体参保人员。参保人员在符合规定的定点医疗机构和A级定点零售药店发生的基本医疗保险政策范围内的门诊费用,纳入门诊统筹基金支

付范围。

2.2023年1月1日起,一个统筹年度内门诊统筹起付标准为700元,享受退休人员医保待遇的人员按以上标准的50%执行。参保人员在一级医疗机构(含一级以下医疗机构)和A级定点零售药店就医、购药,按75%补助;在二级医疗机构(含县级医院,下同),按65%补助;在三级医疗机构,按60%补助。退休人员在上述比例基础上提高10个百分点。一个统筹年度内,政策范围内医疗费用的最高支付限额为7000元。

3.统筹考虑地区经济社会发展水平,逐步提高门诊统筹待遇水平。市医保局会同市财政局、市卫健委研究制定调整方案,报市政府批准后执行。

4.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保障范围,建立处方流转平台,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**

执行全省统一的门诊慢特病制度,我市不再自行增加门诊慢特病病种。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**

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的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统筹地区根据意见实施改革当年基本养老金平均水平的2.5%。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。

## **(四)规范个人账户使用范围**

1.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。个人账户资金可以用于参保人员参加职工大病保险、长期护理保险

等的个人缴费和购买符合条件的商业健康保险,可以支付副主任医师、主任医师(含享受政府特殊津贴待遇的临床医学专家)门诊诊察费超出普通门诊诊察费的部分,副主任医师、主任医师门诊中医辩证论治费(含享受政府特殊津贴待遇的临床医学专家)超出普通门诊中医辩证论治费的部分;本人家庭医生签约服务费的个人自付部分。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。

2.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。

3.参保人员就医购药刷卡时,发生的个人自付和自费费用优先使用个人账户资金支付。

### 三、配套机制

#### (一)加强医保基金监督管理

强化对医疗行为和医疗费用的监管,严肃查处冒名就诊、超标准收费等违法违规行为。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。将门诊医疗费用纳入全市统一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

进一步完善国家谈判药品“双通道”用药保障机制,确保谈判药品落地,单独支付药品费用不计入门诊统筹限额。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。通过实施门诊总额预算管理、推进家庭医生签约服务、完善差异化的医保支付机制、规范长期处方管理、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,引导非急诊参保人员在基层医疗卫生机构就医首诊,促进基层医疗卫生服务体系健全完善。

### **(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,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。从推行单个医疗机构和零售药店门诊总额预算管理起步,逐步向区域总额预算过渡。对紧密型医联体,可以医联体为单位实施总额预算。对家庭医生签约的参保人员,探索按人头付费和按病种付费;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。**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。各地要高度重视,切实加强领导,建立协调机制,抓好工作落实。市医保局、市财政局要会同相关部门加强对各县(市、区)的工作指导,上下联动,形成合力。

**(二)积极稳妥推进。**各地要建立部门间沟通协作机制,按照职责分工协同做好门诊共济保障机制改革的各项工作。要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。在做好各项经办服务工作的同时,切实加强基金监管,避免基金浪费,提升基金使用绩效。精准做好与信息系统的对接,提升群众就医购药便捷度。

**(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。

## **五、其他**

本实施细则自2023年1月1日起施行,有效期至2027年12月31日。其他原有规定与实施细则不一致的,以本实施细则为准。