

日政办发〔2022〕17号

日照市人民政府办公室 关于完善职工基本医疗保险门诊共济 保障机制的通知

各区县政府、各功能区管委，市政府各部门，中央、省属驻日照各单位：

健全互助共济、责任共担职工基本医疗保险（以下简称职工医保）制度，更好解决参保职工门诊保障问题，减轻参保人员日常医药费用负担，按照党中央、国务院和省委、省政府关于深化医疗保障制度改革任务部署，经市政府同意，现就完善职工基本医疗保险门诊共济保障机制相关事项通知如下：

一、总体要求

坚持保障基本、平稳过渡、协同联动、因地制宜，加快医

疗保障重点领域和关键环节改革，改革职工医保个人账户，完善职工医保门诊共济保障机制，开展职工医保门诊保障机制三年行动，确保到 2023 年年底，职工医保基金内部结构更加优化，个人账户管理机制更加完善，门诊医疗保障水平稳步提升，医疗保障制度更加公平更可持续。

二、提高门诊共济保障待遇水平

（一）完善职工普通门诊统筹保障机制。逐步将多发病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围。进一步细化完善政策，规范门诊保障管理措施。结合落实全省统一的医疗保障待遇清单制度，确保全市范围内普通门诊统筹在保障内容和待遇支付方面的统一，并做好与门诊慢特病和住院待遇支付政策的衔接。

（二）设定职工普通门诊共济保障待遇支付政策。自 2023 年起，参保职工在符合开展门诊共济保障条件的定点医疗机构发生的普通门诊合规费用，纳入门诊统筹基金支付范围，一级及以下、二级、三级医疗机构的起付标准分别为：在职职工 300 元、400 元、500 元，退休职工 200 元、300 元、400 元。报销比例一级及以下、二级、三级医疗机构分别为：在职职工 80%、70%、60%，退休职工 85%、75%、65%。年度基金最高支付限额暂定为 2000 元，根据职工门诊统筹制度落实情况、个人账户改革情况和基金承受能力，由医保部门会同有关部门动态调整支付比例和支付限额。

（三）确定职工医保门诊共济保障支付范围。参保职工在定

点医疗机构发生的普通门诊统筹医疗费用，执行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以及支付标准。下列门诊费用不纳入职工普通门诊统筹支付范围：在职职工未按规定缴纳基本医疗保险费期间发生的门诊费用；职工住院、享受长期护理保险待遇期间发生的门诊费用；已纳入职工医保住院、门诊慢特病等支付范围的门诊费用；其他不符合职工医保政策规定的医疗费用。

（四）规范完善职工门诊慢特病病种和医保政策。按照全省统一的门诊慢特病基本病种目录，统一基本病种名称和认定标准，动态调整门诊慢特病病种范围。对于国家医保谈判药品中临床必需、费用较高、替代性不强、适于门诊治疗，且未纳入我市门诊慢特病范围的部分品种，按照国家、省有关规定要求探索建立药品单独支付政策。根据基金承受能力和普通门诊保障水平，通过门诊保障机制转换，对部分慢特病病种实现由病种保障向费用保障过渡。对日间手术和日间病房等参照住院医保待遇结算。

（五）扩大门诊用药保障渠道。选择资质合规、管理规范、信誉良好、布局合理、已实现药品电子追溯的定点零售药店，探索通过处方流转、医保结算、智能监控等信息化改造升级，将符合条件的定点零售药店提供的用药服务纳入门诊保障范围，支持外配处方在定点零售药店配药和结算，施行与定点医疗机构统一的门诊报销政策，具体实施办法按照省里部署另行制定。鼓励将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入医疗保障支付范围，以医

保电子凭证为介质打通慢性病复诊医保线上支付渠道，实现线上挂号、在线复诊、在线续方、处方流转、医保支付、药品配送上门等服务功能。

（六）完善门诊共济保障付费机制。将门诊医疗服务纳入医保定点机构协议管理内容，建立门诊费用统计分析制度。推进门诊支付方式改革，对普通门诊服务，实行按人头付费等付费方式；对门诊慢特病，可实行按人头付费、按病种付费等复合式付费方式；对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。对实行单独支付的国家医保谈判药品，执行国家、省规定的总额预算办法。做好家庭医生签约服务与普通门诊、门诊慢特病管理措施的衔接，引导参保人员在基层就医首诊，促进基层医疗卫生服务体系健全完善。调整完善普通门诊省内和跨省异地就医统筹支付政策，改革简化异地就医人员分类和备案。

（七）完善居民医保门诊统筹机制。稳步提高居民普通门诊保障水平，2022 年居民普通门诊统筹基金最高支付限额提高到 260 元，确保 2025 年在 2020 年最高支付限额 200 元的基础上平均提高 50%。进一步扩大由统筹基金支付的门诊慢特病病种范围，惠及更多参保群众，到 2025 年门诊慢特病医保支付比例不低于 65%。

三、改革职工医保个人账户

（一）改进职工医保个人账户计入办法。个人账户计入办法调整与健全门诊保障机制同步实施。在职职工（不含灵活就业人

员)个人缴纳的基本医疗保险费全部划入本人个人账户,划入标准为本人缴费工资的2%。2023年1月1日起,将单位缴纳的基本医疗保险费计入在职职工个人账户部分调减到现行标准的50%,45周岁及其以下的按照本人缴费工资的0.75%计入、45周岁以上的按照本人缴费工资的1.1%计入。退休人员个人账户计入政策保持不变。2024年1月1日起,在职职工单位缴纳的基本医疗保险费不再划入个人账户,全部计入统筹基金;享受退休人员待遇的个人账户由统筹基金按定额划入,70周岁以下的退休人员,划入额度统一调整为统筹地区2023年度基本养老金平均水平的2%,70周岁及以上退休人员,划入额度统一调整为统筹地区2023年度基本养老金平均水平的2.5%,具体额度届时公布。在职转退休的职工,从次月起个人账户按退休人员标准划入。灵活就业人员按规定享受退休人员基本医疗保险待遇的,个人账户政策按本通知标准执行。

(二)规范个人账户使用。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,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,配偶、父母、子女参加居民基本医疗保险、长期护理保险、政府指导的普惠型商业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。建立健全个人

账户使用管理办法，做好收支信息统计。完善个人账户省内和跨省结算智能监控平台、“一卡通行”定点医药机构动态维护机制、常态化巡检机制、应急处置机制。

四、保障措施

（一）加强组织领导。各区县要高度重视，提高站位，切实加强组织领导，建立责任落实机制，做到政策上下贯通，工作上下联动，确保改革目标如期完成。要按照通知要求抓好落实，明确完成时间节点和任务分工。妥善处理好改革前后的政策衔接，确保参保职工待遇平稳过渡，并统筹做好城乡居民门诊统筹保障工作。

（二）强化部门协同。各相关部门要密切配合，形成合力，确保改革有序推进。医保部门牵头做好完善职工医保门诊共济保障机制工作；财政部门配合做好医保基金的监督管理工作；卫生健康部门加强医疗机构的监管考核，促进定点医疗机构规范诊疗行为；市场监管部门加强药品流通环节监管，严厉打击无证经营、非法渠道购进药品等违法行为。

（三）加强监督管理。建立健全与门诊共济保障相适应的基金管理制度和稽核检查机制，落实定点医药机构主体责任。加强对个人账户使用、结算等环节的管理审核，防止个人账户资金违规使用，严肃查处门诊过度诊疗、不合理用药和利用职工医保个人账户、居民普通门诊报销额度套取骗取医保基金等违法违规行为和問題，确保基金安全高效、合理使用。完善门诊就医服务监

控分析机制，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

（四）做好宣传引导。创新宣传方式，丰富宣传手段，准确解读政策，用群众“听得懂”的语言宣传好改革的目的意义，增强群众获得感、幸福感、安全感。把握正确的舆论导向，针对改革中的热点和敏感问题，做好政策解读和舆情监测，积极主动回应社会关切，营造良好的改革舆论氛围。

本通知自 2023 年 1 月 1 日起施行。以往规定与本通知不一致的，以本通知为准。国家和省另有规定的，从其规定。

日照市人民政府办公室

2022 年 11 月 21 日

（此件公开发布）

