

济宁市人民政府办公室文件

济政办发〔2022〕13号

济宁市人民政府办公室 关于印发《济宁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（市、区）人民政府，济宁高新区、太白湖新区、济宁经济技术开发区、曲阜文化建设示范区管委会（推进办公室），市政府各部门，各大企业，各高等院校：

《济宁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》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

济宁市人民政府办公室

2022年12月30日

（此件公开发布）

济宁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

第一章 总 则

第一条 为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，优化医保基金使用结构，提高医保基金使用效益，更好解决职工医保参保人员门诊保障问题，切实减轻参保人员日常医疗费用负担，根据《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）、《山东省人民政府办公厅关于印发山东省建立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》（鲁政办发〔2021〕22号）要求，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的二十大精神，以人民健康为中心，加快医疗保障重点领域和关键环节改革。坚持保障基本、平稳过渡、协同联动、因地制宜的原则，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，开展职工医保门诊保障机制三年行动，确保到2023年年底，建立起更加完善的职工医保门诊统筹制度，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。

第三条 市医疗保障行政部门负责制定我市职工医保门诊共济保障工作的发展规划、政策规定和统筹协调、监督管理工作。县（市、区）医疗保障行政部门负责本辖区内门诊共济保障工作的组织实施和行政管理工作。

市级医保经办机构负责指导全市职工医保门诊共济保障工作，并做好市本级职工医保门诊共济保障经办工作。县级医保经办机构负责门诊共济工作的待遇审核、费用结算、基金支付、稽核管理等工作。

第四条 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；市场监管部门要加强药品流通环节监管，严厉打击倒卖药品等违法行为。

第二章 门诊共济保障待遇

第五条 建立完善职工医保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。落实全省统一的医疗保障待遇清单制度，确保我市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。

第六条 科学设定职工普通门诊统筹待遇支付政策。科学设

定职工医保门诊统筹基金年度起付标准、支付比例和最高支付限额。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，适时调整职工门诊统筹待遇支付政策，进一步提高保障水平。

（一）起付标准。一个自然年度内，职工医保门诊统筹累计计算起付标准。参保人员在一、二、三级医疗机构门诊就医，医疗保险统筹基金支付的起付标准分别为100元、200元、300元。参保人员在一、二、三级医疗机构门诊就医，职工医保普通门诊统筹起付标准实行累计补差计算。

（二）支付比例。参保人员普通门诊发生的政策范围内医疗费用，在起付标准以上至最高支付限额以下的部分，在职职工在一、二、三级医疗机构的基金支付比例分别为70%、60%、50%；退休人员在一、二、三级医疗机构的基金支付比例分别为75%、65%、55%。

（三）最高支付限额。一个自然年度内，参保人员发生的政策范围内普通门诊医疗费用，医疗保险统筹基金的最高支付限额为2000元，随个人账户改革分布到位，逐步提高普通门诊医保支付限额。

第七条 规范完善职工门诊慢特病病种医保政策。执行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，将部分治疗周期长、健康损害大、费用负担重的疾病统一纳入门诊慢特病病种范围，并动态调整。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，且未纳入本地门诊慢特病范围的部分品种，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。

第八条 拓展门诊用药保障渠道。探索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，实行与定点医疗机构统一的门诊报销政策，年度起付标准和年度最高支付限额合并计算。

第九条 实现政策有效衔接。职工普通门诊统筹与门诊慢特病医保待遇按照保障范围可以同时享受，起付标准和最高支付限额分别计算。参保人员住院前3天的门急诊费用纳入本次住院费用合并结算，不再纳入职工医保门诊统筹范围。享受长期护理保险机构护理、居家护理待遇期间发生的普通门诊医药费用，纳入普通门诊统筹基金支付范围，享受长期护理保险医疗专护待遇期间不享受普通门诊统筹待遇。

第十条 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，到2025年，普通门诊报销额度在2020年基础上提高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，2025年门诊慢特病医保支付比例不低于65%。

第三章 个人账户计入和使用

第十一条 改革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共济保障机制于2023年1月1日同步开始实施。

（一）在职职工个人缴纳的基本医疗保险费全部划入本人医保个人账户。

（二）2023年1月1日起，用人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%，退休人员个人账户计入政策保持不变。在职职工年龄45岁（含45岁）以下的，按本人缴费基数的0.5%计入个人账户；在职职工45岁以上的，按本人缴费基数的0.75%计入个人账户。

（三）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；退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，70周岁以下退休人员，划入额度统一调整为济宁市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济宁市2023年度基本养老金平均水平的2.5%。

（四）在职转退休的职工，自次月起享受退休人员个人账户待遇。

（五）灵活就业人员按规定享受退休人员基本医疗保险待遇的，个人账户政策按本规定标准执行。

第十二条 规范个人账户使用。进一步明确个人账户支付范围，拓宽个人账户支付渠道，规范个人账户使用管理。

(一)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，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、灵活就业退休人员大额医疗保险等的个人缴费。

(二)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)个人账户资金可以结转使用和继承。职工调离我市时，个人账户结余资金可随同转移或一次性拨付给本人。

第十三条 个人账户基金与统筹基金，分别管理、分开核算，不得相互挤占和透支。

第四章 医疗服务管理与费用结算

第十四条 扩大职工医保门诊统筹定点就医购药范围，取消职工门诊统筹就医定点限制，参保人员可以自主选择全市一、二、三级定点医疗机构门诊就医。

第十五条 就医实行实名认证。参保人员在定点医疗机构就医时，应出具本人医保电子凭证或社会保障卡等身份认证凭证。接诊医生应认真核对其身份，确保人证相符。

第十六条 门诊费用实行联网即时结算。参保人员在定点医疗机构发生的门诊费用，实行联网即时结算，参保人员只支付个人负担部分，其余部分由医保经办机构与定点医疗机构结算。调整完善普通门诊市内和跨市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。参保人员在定点医疗机构门诊就医的，市域外不能联网结算的符合规定的普通门诊医疗费用，由参保所属地医保经办机构予以报销。

第十七条 开展“智慧医保”服务。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特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。

第十八条 统一医保支付范围。职工和居民医保门诊统筹执行全省统一的医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施标准。医疗机构在使用医保范围外项目时，应告知患者或其亲属。超出目录范围的费用，医保基金不予支付。

第十九条 促进分级诊疗。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。

第二十条 完善医疗费用结算支付方式。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，实行总额控制、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，不纳入定点医疗机构医保费用总额范围。

第二十一条 规范医疗费用结算。职工医保门诊统筹医疗费用结算，按照属地原则，市、县分级负责。市级医保经办机构负责市级医疗机构职工医保门诊统筹费用结算和全市清算。县级医保经办机构负责本辖区内定点医疗机构职工门诊统筹费用结算和清算。医保经办机构按月结算门诊统筹医疗费用，具体结算流程、结算材料由市级医保经办机构另行制定。

第二十二条 完善医保信息化管理。建立全市统一的门诊统筹信息系统，实现医保经办机构与定点医疗机构互联互通、资源共享和医疗费用即时结算，定点医疗机构建立处方等信息上传制度，加强门诊费用日常审核监督。

第五章 基金管理监督

第二十三条 健全监督机制。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，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。

第二十四条 加强医疗费用审核。强化个人账户使用、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问題，确保基金安全高效、合理使用。

第二十五条 建立信息化监控机制。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。

第二十六条 严格督导和监督。严格贯彻落实《社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《山东省医疗保障基金监督管理办法》等法律法规规章，加强对定点机构医疗行为和医疗费用的监管，实现医保基金全领域、全流程、全方位监管，严肃查处定点医药机构、参保人员、医保经办机构违法违规行为。

第六章 保障措施

第二十七条 加强领导，稳妥推进。各县（市、区）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。建立工作台账，健全督导检查机制，确保2023年年底各项分阶段改革任务落地落实。妥善处理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。

第二十八条 协同配合，形成合力。医保、财政、卫生健康、

市场监管等各相关部门要密切配合，建立健全职工医保门诊共济保障机制，加强基金监督，规范诊疗行为，保障药品供应和使用安全，确保改革有序推进。

第二十九条 强化宣传、正确引导。创新宣传方式，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。

第七章 附 则

第三十条 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。国家和山东省有新规定的，从其规定。

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市监委，
市法院，市检察院，济宁军分区。
各民主党派市委会（总支部），市工商联。

济宁市人民政府办公室

2022年12月30日印发
