

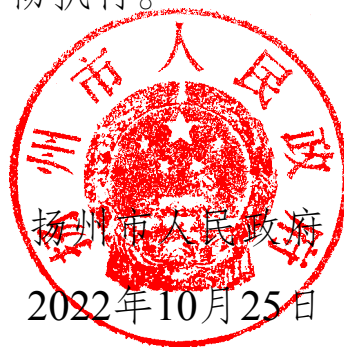
扬州市人民政府文件

扬府规〔2022〕4号

市政府关于印发《扬州市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施方案》的通知

各县（市、区）人民政府，经济技术开发区、生态科技新城、蜀冈—瘦西湖风景名胜区管委会，市各委办局（公司），市各直属单位：

现将《扬州市建立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，请认真贯彻执行。



（此件公开发布）

扬州市建立健全职工基本医疗保险 门诊共济保障机制的实施方案

为进一步完善职工基本医疗保险(以下简称职工医保)制度,建立健全互助共济、责任共担机制,更好解决职工医保参保人员门诊保障问题,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)、《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)要求,结合实际,制定本实施方案。

一、总体要求

(一) 指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导,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和要求,加快医疗保障重点领域和关键环节改革,健全门诊共济保障机制,提高门诊医疗保障水平,规范个人账户使用范围,提高医保基金使用效率,统筹实现制度机制和功能转换,切实减轻参保人员医疗费用负担,推进制度更加公平、更可持续,不断提升参保人员的获得感。

(二) 基本原则

坚持保障基本,实行统筹共济,切实维护参保人员权益。坚持平稳过渡,保持政策连续性,确保改革前后待遇顺畅衔接。坚

持协同联动,增加门诊共济保障功能与改进个人账户计入办法同步推进、逐步转换。坚持公平适度,在国家、省整体制度设计框架内,做到全市门诊共济保障政策规范统一、动态调整。

二、主要措施

(一) 增加门诊共济保障功能

1.将普通门诊费用纳入报销范围。

建立职工医保普通门诊费用统筹保障机制(以下简称门诊统筹),门诊统筹覆盖职工医保全体参保人员,参保人员不需要另行缴费。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内普通门诊费用,超过起付标准的,纳入门诊统筹基金支付范围按规定报销。

2.明确门诊统筹待遇标准(2023年1月1日起)。

(1)起付标准:不高于2021年度我市全口径城镇单位就业人员年平均工资的1%。

(2)支付比例:政策范围内普通门诊医疗费用统筹基金支付比例不低于60%,对不同等级的定点医疗机构设置差异化支付比例,在此基础上,退休人员待遇再相应提高10个百分点。

(3)最高支付限额:2021年度我市全口径城镇单位就业人员年平均工资的8%左右。

3.稳步提升门诊统筹待遇水平。

根据经济社会发展和医保基金运行情况,市医疗保障部门会同市财政部门,对起付标准、最高支付限额实行动态调整。完善

城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹政策，逐步提高保障水平。

4.发挥定点零售药店便民服务作用。

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。建立处方流转平台，参保人员在定点零售药店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。

（二）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。通过微调个人账户与统筹基金结构，增加的统筹基金用于建立职工医保门诊统筹保障机制，用调整出来的个人账户待遇置换门诊统筹待遇，实现制度转轨。

1.在职职工。2023年1月1日起，在职职工缴纳的基本医疗保险费按月计入本人个人账户，计入标准为本人参保缴费基数²的2%，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

2.退休人员。2023年1月1日起实行一年过渡期，退休人员个人账户按月定额划入，计入标准为2022年本人个人账户划入总额的月平均数；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%。根据国家和省有关规定，及时调整完善我市个人账户计入办法。

我市现行职工医保个人账户计入办法与本实施方案不一致

的，以本实施方案为准。

（三）规范个人账户使用范围

个人账户用于支付下列费用：

- 1.参保人员在定点医药机构发生的政策范围内自付费用；
- 2.参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；
- 3.参保人员参加职工大额医疗费用补助（或大病保险）、长期护理保险等符合国家和省规定的相关保险的个人缴费；
- 4.参保人员的配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。

医疗器械和医用耗材的范围执行省统一规定。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。

（四）平稳做好待遇政策衔接

1.职工医保门诊慢性病（原二类门特）继续按照《关于统一全市职工医疗保险二类门诊特殊病种有关政策的通知》（扬医保〔2021〕6号）执行，门诊特殊病（原一类门特）继续按照《关于统一全市基本医疗保险和生育保险有关政策的通知》（扬人社〔2013〕380号）等有关规定执行。根据《江苏省医疗保障局关于统一基本医疗保险门诊特殊病保障政策的通知》（苏医保发〔2022〕46号）要求，结合实际完善全市统一的职工医保门诊特

殊病政策。

2.参保人员同时发生门诊慢性病、门诊特殊病、普通门诊费用的，分别按照对应的待遇标准报销结算。

3.做好职工医保门诊统筹、门诊慢特病、住院待遇政策平稳衔接。对改革后门诊统筹待遇水平高于现有门诊慢性病保障水平的门诊慢性病病种，逐步由病种保障向费用保障过渡。

三、保障机制

（一）创新医保基金监督管理机制

强化对医疗行为和医疗费用的监管，依法查处门诊过度医疗、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。将门诊医疗费用纳入全市统一的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）完善门诊共济保障付费机制

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。

（三）强化定点管理优化公共服务

完善定点医药机构协议管理，将门诊统筹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。推进门诊费用异地就医直接结算，强化异地就医门诊费用联动监管。

建立健全国家谈判药品“双通道”用药保障机制，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。鼓励定点零售药店自愿参加药品集中带量采购。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。

四、组织实施

（一）加强组织领导

建立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，政策性强、社会

关注度高。各县（市、区）政府、功能区管委会要高度重视，切实加强领导，建立协调机制，推进工作落实。市医疗保障、财政部门要会同各相关部门进一步加强业务指导，强化市县联动和统筹协调，确保各项工作高效有序推进。

（二）强化部门协同

医疗保障部门要牵头做好建立健全职工医保门诊共济保障机制相关工作。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，做好处方流转工作，推进长处方规范管理，为参保人员提供优质医疗服务。财政部门要做好职责范围内医保基金的监管使用工作，配合医疗保障部门及时结算定点医药机构费用。人力资源社会保障部门要及时提供基本养老金平均水平相关数据。统计部门要及时提供全口径城镇单位就业人员年平均工资相关数据。市场监督管理部门要加强药品生产、流通环节监管，严厉打击倒卖药品等违法行为。税务部门要统筹做好医疗保险费征收工作。

（三）注重宣传引导

各地、各有关部门要进一步创新宣传方式，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。如遇到重大情况，及时提请市政府研究。

本实施方案自2023年1月1日起施行,有效期至2027年12月31日。市医疗保障部门会同市财政部门制定贯彻落实本实施方案的实施细则。

抄送：市委各部委办，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，军分区。

扬州市人民政府办公室

2022年10月26日印发
