

镇江市人民政府办公室文件

镇政办发〔2022〕73号

镇江市人民政府办公室 关于印发建立健全镇江市职工基本医疗保险 门诊共济保障机制实施方案的通知

各市、区人民政府，镇江新区、高新区管委会，市各有关部门和单位：

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，结合我市实际，经市政府同意，现制定如下实施方案：

一、总体要求

认真贯彻落实党中央、省委、市委关于深化医疗保障制度改革的要求,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,进一步健全职工医保门诊共济保障机制,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) 增强门诊共济保障功能。

门诊统筹覆盖职工医保全体参保人员,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的普通门诊费用(以下简称门诊基本医疗费用),超过统筹基金起付标准的,纳入门诊统筹基金支付范围。本市门诊统筹采用“两段式”保障模式,即个人自付段和共付段。年度内发生的门诊基本医疗费用,直接进入个人自付段,由个人自付;超过统筹基金起付标准以上费用,由统筹基金和个人按比例共付;个人自付段和共付段均可由个人账户资金抵充个人自付部分。

1. 门诊统筹基金起付标准:在职人员800元,退休人员500元。

2. 年度内门诊基本医疗费用累计超过统筹基金起付标准的,按定点医疗机构等级,由统筹基金和个人按比例共同支付:

在三级医疗机构(在本市为市第一人民医院和江苏大学附属医院,下同)就诊的,在职人员由统筹基金支付60%,个人自付

40%；退休人员由统筹基金支付65%，个人自付35%；

在二级医疗机构及本市其他三级医疗机构（以下简称“二级及其他三级”）就诊的，在职人员由统筹基金支付75%，个人自付25%；退休人员由统筹基金支付80%，个人自付20%；

在社区卫生服务机构和乡镇卫生院（基层医疗机构）就诊的，在职人员、退休人员均由统筹基金支付90%，个人自付10%；

在除基层医疗机构以外的一级医疗机构和其他医疗机构就诊的，在职人员、退休人员均由统筹基金支付80%，个人自付20%。

3. 职工医保统筹基金支付的参保人员年度门诊基本医疗费用限额为1万元。

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，并建立处方流转平台，统筹基金支付比例与外配处方的定点医疗机构一致。

（二）规范职工医保门诊特殊病保障。

根据全省统一的门诊特殊病制度，统一全市门诊特殊病的病种范围和待遇。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。（具体规定另行发布）

（三）改进个人账户的计入办法。

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(灵活就业人员个人账户按本人参保缴费基数的2%计入，剩余缴费部分计入统筹基金)；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。

参保人员个人账户不再分设为当年账户、往年账户。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，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按照省统一规定执行。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，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。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、配套措施

(一) 完善住院统筹制度。

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

围的住院费用（以下简称住院基本医疗费用），超过统筹基金起付标准的，纳入住院统筹基金支付范围。本市住院统筹采用“两段式”保障模式，即个人自付段和共付段。年度内发生的住院基本医疗费用，直接进入个人自付段，由个人自付；超过统筹基金起付标准以上费用，由统筹基金和个人按比例共同支付；个人自付段和共付段均可由个人账户资金抵充个人自付部分。

1. 住院统筹基金起付标准：在职人员首次起付标准，按三级、二级及其他三级、一级及其他医疗机构，分别为1200元、800元、400元；年度内第二次住院的，起付标准按相应医疗机构级别标准降低50%；第三次住院起，免除起付。退休人员的起付标准为在职人员标准的50%。

2. 住院基本医疗费用超过统筹基金起付段标准的，由统筹基金和个人按比例共同支付。在职人员由统筹基金支付85%，个人自付15%；退休人员由统筹基金支付90%，个人自付10%。

3. 职工医保统筹基金支付的参保人员年度住院基本医疗费用限额为50万元。

（二）建立职工大病保险制度。

完善原职工大病统筹制度，建立职工大病保险制度：

1. 参保人员年度内由个人现金支付的符合规定的门诊和住院基本医疗费用（含超过年度基本医疗费用最高限额的部分），由职工大病保险基金按比例支付。职工大病保险起付标准为6000元；起付标准—60000元内的，由大病保险基金支付60%；累计

超过60000元的，由大病保险基金支付70%。

2. 职工大病保险不设年度门诊和住院基本医疗费用限额。

（三）完善缴费年限与待遇挂钩政策。

1. 职工应当自用人单位为其办理参保登记并足额缴纳职工基本医疗保险费的次月起，享受职工基本医疗保险待遇。在本市首次以灵活就业人员身份参加职工医保的，设置 2 个月的待遇享受等待期，中断缴费参照执行。

2. 原职工医保参保人员缴费年限不足5年，设置基本医疗费用支付最高限额的规定不再执行。

3. 参保人员在职时累计缴费年限超过最低缴费年限，每增加一年，医保退休后的职工大病保险基金支付比例提高1个百分点，最高不超过5个百分点。

四、配套机制

（一）加强医保基金监督管理。

完善管理服务措施，创新制度运行机制，引导医疗资源合理利用，确保医保基金稳定运行，充分发挥保障功能。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。加强基金稽核制度和内控制度建设。规范个人账户使用，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。

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。科学合理确定医保药品支付标准，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。加快医疗保障信息平台建设，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。

（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。

五、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，政策性和技术性强。各市人民政府要高度重视，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、市卫健委要会同相关部门加强对各市的工作指导，上下联动，形成合力。

（二）注重宣传引导。

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。

六、其他

(一) 本实施方案未明确的有关政策事项，统一按镇江市职工医保有关政策规定执行。原政策规定与本方案不一致的，以本方案为准。

(二) 本实施方案中涉及的职工医保门诊共济，以及与之相关联的住院、职工大病保险的待遇段设置、统筹基金起付标准、统筹基金支付比例、年度最高支付限额、个人账户、缴费年限等政策规定，由市医疗保障部门会同市财政部门根据上级文件精神、经济发展水平、统筹基金承受能力、相关工资基数标准等因素，动态调整。

(三) 本实施方案从2023年1月1日起全市统一执行。



镇江市人民政府办公室

2022年10月31日