

烟台市人民政府办公室文件

烟政办发〔2022〕17号

烟台市人民政府办公室 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

各区市人民政府（管委），市政府各部门，有关单位：

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，增强职工医保门诊共济保障功能，切实减轻参保职工门诊医疗费用负担，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)等文件规定,结合我市实际,制定本实施意见。

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,全面贯彻党中央、国务院和省委、省政府决策部署,以人民健康为中心,既尽力而为,又量力而行,坚持人人尽责、人人享有,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,建立健全职工医保门诊共济保障机制,将参保职工日常门诊医疗费用纳入职工医保统筹基金支付范围,逐步减轻参保职工门诊医疗费用负担,稳步推进职工医保个人账户改革,优化医保基金使用结构,提高医保基金使用效率,提升门诊医疗保障水平,实现制度更加公平更可持续。

二、主要任务

(一)建立职工医保普通门诊统筹保障制度。自2022年7月起,参加我市职工医保且正常享受待遇的人员(含灵活就业人员),发生的符合医保政策规定普通门诊医疗费用纳入统筹基金支付范围。具体按以下规定支付:

1.起付标准。在一个自然年度内,一级及以下定点医疗机构起付标准为500元、二级及以上定点医疗机构起付标准为800元。参保职工在一、二、三级定点医疗机构门诊就医,起付标准合并计算。

2.支付比例。在职职工在定点医疗机构发生的符合医保政策规定普通门诊医疗费用,一级及以下定点医疗机构支付比例为

70%、二级定点医疗机构支付比例为 60%、三级定点医疗机构支付比例为 50%，退休人员在上述基础上提高 5 个百分点。

3. 支付限额。在一个自然年度内，普通门诊医疗费用的年度最高支付限额为 1800 元。2022 年最高支付限额为 900 元。

4. 定点就医。参保职工应在我市职工医保普通门诊定点医疗机构就医。普通门诊定点医疗机构由市医疗保障部门在我市定点医疗机构中确定。

参保职工在异地长期居住发生的符合医保政策规定普通门诊医疗费用，执行我市同级别定点医疗机构普通门诊待遇政策；临时外出就医发生的符合医保政策规定普通门诊医疗费用，个人自付 10%后，执行我市同级别定点医疗机构普通门诊待遇政策。

5. 调整灵活就业人员缴费比例。灵活就业人员纳入职工医保普通门诊统筹保障制度后，缴费比例分步调整为：2022 年底 6.3%、2024 年 1 月起 7%。

6. 政策衔接。参保职工享受门诊慢特病、国谈药品保障、长期护理保险医养院护、巡查护理待遇期间，享受普通门诊统筹待遇；住院、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。

职工医保缴费比例、普通门诊统筹等待遇政策，由市医疗保障部门根据经济社会发展情况和职工医保基金收支状况适时调整。

（二）改革职工医保个人账户。

1. 改进个人账户计入办法。建立职工医保普通门诊统筹制度，

同时调整个人账户计入办法。在职职工个人缴纳的基本医疗保险费仍全部划入本人个人账户，标准为本人缴费基数的 2%。单位缴纳的基本医疗保险费中划入在职职工个人账户的部分，自 2022 年底调减到现行标准的 50%，其他部分计入统筹基金；2024 年 1 月起，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金，不再划入在职职工个人账户。在职职工个人账户划入标准具体为：2022 年底，35 周岁以下在职职工月划入额=本人月缴费基数 × 2.15%；35 周岁及以上至 45 周岁以下在职职工月划入额=本人月缴费基数 × 2.35%；45 周岁及以上在职职工月划入额=本人月缴费基数 × 2.7%。2024 年 1 月起，在职职工月划入额=本人月缴费基数 × 2%。

2023 年底前，退休人员个人账户政策保持不变，月划入额=年龄 × 1.5 元。2024 年 1 月起，退休人员个人账户统一调整为由统筹基金按固定额度划入，若国家、省无新规定，不再调整，具体为：70 周岁以下退休人员月划入固定额度=我市 2023 年度职工月平均基本养老金 × 2%，70 周岁及以上退休人员月划入固定额度=我市 2023 年度职工月平均基本养老金 × 2.5%。按 2023 年度我市机关事业单位基本养老金和企业基本养老金的算数平均数计算职工月平均基本养老金。

在职转退休的参保职工，自享受退休人员医保待遇当月起按退休人员个人账户的划入标准执行。灵活就业人员未办理退休手续前，不建立个人账户；退休后，按规定享受退休人员医保待遇的，其个人账户政策按本意见执行。

2. 规范个人账户使用范围。个人账户资金除用于支付参保职工在定点医药机构发生的医保政策范围内自付费用外，可以用于支付参保职工本人及其配偶、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个人缴费。个人账户资金不得用于公共卫生费用、体育健身、养生保健消费、健康体检等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

（三）完善付费机制和医保政策。将门诊医疗服务纳入医保定点机构协议管理内容，加强定点医疗机构门诊住院人次比、大型医疗设备检查阳性率、医保药品配备使用率等指标监测，建立门诊费用统计分析制度，定期统计分析和比较。推进门诊支付方式改革，实行按人头、按病种、按 APG（门诊病例分组）等多种付费方式。按照全省统一的门诊慢特病基本病种目录，统一我市的门诊慢特病基本病种名称和认定标准。根据职工医保基金承受能力和普通门诊保障水平，探索通过门诊保障机制转换，对部分门诊慢特病病种实现由病种保障向费用保障过渡。加快推动门诊慢特病跨省联网结算，到 2022 年底实现门诊慢特病跨省联网结算。完善国家医保谈判药品门诊用药保障机制。对日间手术和日间病房等参照住院医保待遇结算。

（四）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，加强医保行政监督和稽核检查。定

点医药机构要落实主体责任，严格执行实名制就医购药，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。加强对参保职工疾病诊断、费用明细等诊疗信息的监控分析，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。强化对医疗行为和医疗费用监管，重点查处医疗机构冒名顶替、虚构医疗服务、伪造医疗文书或票据，虚记多记药品、耗材、诊疗项目、医疗服务设施费用，超疗程、超剂量用药、重复开药等违法违规行为。严厉打击欺诈骗保行为，确保基金安全高效、合理使用。

三、工作措施

（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，涉及广大参保职工的切身利益，政策性强，社会影响面广。各区市要高度重视，提高站位，加强组织领导，压实工作责任，做到政策上下贯通，工作上下联动，确保如期完成改革目标。

（二）强化部门协同。各级医疗保障、财政、卫生健康、药监、市场监管、税务等部门要密切配合，形成合力，确保改革有序推进。医疗保障部门牵头做好建立健全职工医保门诊共济保障机制相关政策制定和组织实施；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；药监、市场监管等部门按职责加强药品生产、流通环节监管，严厉打击倒卖药品等违法行为；税务部门做好基本医疗保险费征缴工作。

（三）做好宣传引导。要创新宣传方式，丰富宣传手段，用通俗易懂、喜闻乐见的方法准确解读政策，讲清楚改革目的，大力宣传建立健全职工医保门诊共济保障机制对减轻参保职工医疗费用负担、促进制度更加公平更可持续的重要作用，引导参保职工充分认识医疗保险共建共享、互助共济的重要意义，增强人民群众获得感、幸福感、安全感。要把握正确的舆论导向，针对改革中的热点和敏感问题，建立舆情监测和应对处置预案，积极主动回应社会关切，营造良好改革氛围。

烟台市人民政府办公室

2022年6月14日

（此件公开发布）

抄送：市委有关部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，
市检察院，有关人民团体，中央、省属驻烟有关单位。

烟台市人民政府办公室

2022年6月14日印发
