

潍坊市人民政府办公室文件

潍政办发〔2022〕9 号

潍坊市人民政府办公室

关于印发潍坊市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,市属各开发区管委会,市政府各部门、单位,各重点企业,各高等院校,各人民团体:

《潍坊市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》已经
2022 年 12 月 28 日市政府第十九次常务会议审议通过,现印发给

你们,请认真遵照执行。

潍坊市人民政府办公室

2022 年 12 月 30 日

(此件公开发布)

潍坊市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,更好解决职工医保参保人员门诊保障问题,切实减轻其医疗费用负担,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)和《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),结合我市实际,制定本实施细则。

第二条 健全职工医保门诊共济保障机制,进一步完善职工医保门诊统筹制度,逐步将多发病、常见病的普通门诊医疗费用纳入统筹基金支付范围,公平普惠保障参保人员基本门诊医疗需求。

第三条 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,完善门诊保障机制和改进个人账户制度同步推进、逐步转换。坚持从实际出发,依托基层,促进分级诊疗,引导患者有序就医,积极探索增强职工医保门诊保障的有效途径。

第四条 职工普通门诊实行市级统筹,分级管理,在全市范围内统一基本政策、统一待遇标准、统一信息系统、统一经办管理。

第五条 本实施细则适用于我市统筹区域范围内,按规定参加职工医保的参保人员。

第二章 个人账户

第六条 改进职工医保个人账户计入办法。

(一)在职职工个人账户计入标准。在职职工个人缴纳的基本医疗保险费划入本人个人账户,计入标准为本人参保缴费基数 2% 。2023年1月起,不满45周岁的在职职工,单位缴纳的基本医疗保险费划入个人账户比例调整为 0.5% ,45周岁以上(含45周岁)的调整 1% 。2024年1月起,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。

(二)退休人员个人账户计入标准。2023年12月31日前,退休人员个人账户计入政策保持不变。2024年1月起,退休人员个人账户由统筹基金按定额划入,其中:70周岁以下退休人员,划入额度统一调整为全市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全市2023年度基本养老金平均水平的 2.5% 。在2023年度基本养老金平均水平数据公布前,暂按2022年度基本养老金平均水平按比例划入,待2023年度的相关数据公布后予以补足。

职工自退休次月起,个人账户按退休人员标准划入。

第七条 2024年1月起,灵活就业人员可按基本医疗保险缴费基数的 7% 或 8% , 9% 或 10% 缴纳医疗保险费。选择按 7% 或

8%缴纳的,享受统筹基金支付的基本医疗保险待遇,不划记个人账户;选择按9%或10%缴纳的,享受统筹基金支付的基本医疗保险待遇,按在职职工标准划记个人账户。

灵活就业人员退休后按规定享受个人账户的,个人账户按退休人员标准划入。

第八条 个人账户使用范围:

(一)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门诊、住院就医发生的由个人负担的医疗费用;

(二)可用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女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;

(三)可用于支付参保人员本人及其配偶、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。

第九条 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。

第三章 门诊共济保障待遇

第十条 按照本实施细则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,提高职工医保参保人员普通门诊统筹待遇。

第十一条 职工普通门诊执行与基本医疗保险统一的基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围。

第十二条 合理设定职工普通门诊待遇支付政策。一个医疗年度内,职工在一(含一级以下)、二、三级定点医疗机构发生的政策范围内普通门诊费用,医疗保险统筹基金支付的起付标准分别为100元、500元、800元,在职职工支付比例分别为70%、60%、50%,退休人员分别提高5个百分点。在职职工2023年度最高支付限额为1600元,退休人员提高200元。年度最高支付限额不结转、不累加到次年度。

第十三条 在职转退休的职工以及灵活就业人员退休后按规定享受退休人员基本医疗保险待遇的,自退休的次月起享受退休人员普通门诊统筹待遇。

第十四条 在一个医疗年度内普通门诊起付标准累计计算。参保人员在不同级别的定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用,起付标准按最高级别定点医疗机构的起付标准执行。

第十五条 统筹基金支付普通门诊医疗费用实行限额管理,超支付限额的普通门诊费用,职工基本医疗保险统筹基金不予支付。

第十六条 职工普通门诊起付标准、支付比例与年度最高支付限额随经济社会发展状况和职工医保基金承受能力,由市医疗保障部门会同市财政部门适时调整,逐步提高门诊共济保障水平。

第十七条 异地长期居住人员省内跨市、跨省普通门诊医疗费用不设首先自付比例,待遇支付政策按市内相应级别医疗机构支付标准执行。临时外出就医人员省内跨市、跨省普通门诊医疗

费用首先自付比例为 10%，剩余费用按市内相应级别医疗机构支付标准执行。

第十八条 职工普通门诊待遇享受的条件与基本医疗保险政策一致。普通门诊待遇仅限职工本人享受，家庭成员之间不共享。

第十九条 职工住院、门诊慢特病等政策支付后个人自付门诊费用，及在非定点医疗机构发生的门诊费用不纳入职工医保门诊统筹基金支付范围。

第四章 管理与监督

第二十条 职工普通门诊实行签约管理。参保人员可在全市定点医疗机构中自主选择 1 家进行签约，次日生效；一个医疗年度内只允许变更一次，次日生效。

第二十一条 参保人员可凭本人的身份证、医保电子凭证或社保卡在签约定点医疗机构就医。参保人员在签约定点医疗机构发生的政策范围内普通门诊费用，应由统筹基金负担的部分，由医保经办机构与定点医疗机构结算；应由个人负担的部分，使用个人账户或现金与定点医疗机构结算。

第二十二条 推进门诊支付方式改革，完善与门诊共济保障相适应的付费机制。对普通门诊服务，实行按人头付费等付费方式；对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。

第二十三条 逐步将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入基本医保门诊保障范围。参保人员可持签约定点医疗

机构医保医师开具的门诊外配处方或通过医保电子处方流转方式在门诊统筹定点零售药店结算和配药,施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。

第二十四条 探索将符合条件的“互联网+”门诊医疗服务纳入职工普通门诊医疗保障支付范围,待遇支付政策按互联网医院依托的实体医疗机构级别执行。

第二十五条 参保职工在省内异地就医无需备案,省外异地就医按规定办理备案手续后,可在就医地定点医疗机构就诊,享受相应普通门诊统筹待遇。

第二十六条 在开通异地就医门诊直接结算的异地定点医疗机构发生的应由参保人员个人支付的普通门诊费用,由参保人员与定点医疗机构按规定即时结算;应由统筹基金支付的普通门诊费用,按照国家、省有关规定结算。

在未能联网结算的异地定点医疗机构发生的应由统筹基金支付的医疗费,由参保人员全额垫付,凭医院收费有效票据、费用清单、门诊病历(处方或诊断材料)等材料及时向参保地经办机构按规定申请报销。

第二十七条 加强对个人账户使用、结算等环节的稽核检查,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套取医保基金等违法违规行为和问题。

第二十八条 建立医保基金安全防控机制。加强对定点医药机构医疗行为和医疗费用的监管,推进基金监管常态化、制度化、

精细化。压实医疗机构主体责任,强化部门协同监管责任,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,确保基金安全高效、合理使用。

第二十九条 加强部门密切配合,保障改革有序推进。医保部门牵头做好建立健全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零售和使用环节质量监管,严厉打击非法渠道经营药品等违法行为。

第五章 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。原规定与本实施细则规定不一致的,按本实施细则规定执行。国家、省另行出台相关规定的,从其规定。

抄送：市委办公室，市人大常委会办公室，市政协办公室，市中级人民法院，
市检察院，潍坊军分区。

潍坊市人民政府办公室

2022 年 12 月 31 日印发
