

萍乡市人民政府办公室文件

萍府办发〔2022〕32号

萍乡市人民政府办公室关于印发萍乡市 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（区）人民政府，市政府各部门：

《萍乡市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，请结合实际抓好贯彻执行。


萍乡市人民政府办公室
2022年6月30日

（此件主动公开）

萍乡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）、《江西省人民政府办公厅关于建立健全江西省职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》（赣府厅发〔2021〕47号）文件要求，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 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。坚持因地制宜，在国家 and 省整体制度设计的框架内，全市门诊共济保障政策实现规范统一。

第三条 本实施细则适用于全市职工医保的参保人员。

第二章 门诊共济保障

第四条 建立完善职工医保普通门诊费用统筹保障机制。一个自然年度内，普通门诊统筹的起付线为 600 元。政策范围内支

付比例按照医疗机构等级设置如下：

医疗机构等级	三级	二级	一级及以下
在职人员	50%	55%	60%
退休人员	55%	60%	65%

年度内最高支付限额在职人员为 1800 元，退休人员为 2000 元。门诊统筹基金按照国家和我省规定的药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围支付。

第五条 职工医保普通门诊统筹和门诊慢性病、特殊疾病(以下统称门诊慢特病)医保待遇按照保障范围分类享受。职工医保普通门诊统筹年度最高支付限额纳入职工基本医疗保险年度最高支付限额管理。

第六条 改进个人账户计入办法。调整个人账户计入办法和计入水平，在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准为本人参保缴费基数 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计入水平为本人参保缴费基数的 2%；退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入额度为实施改革当年全省基本养老金平均水平的 2.5%。财政补助参保的困难企业在职职工个人账户仍按赣府厅发〔2007〕36 号文件执行。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。

第七条 规范个人账户使用范围。

(一)个人账户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。

（二）个人账户逐步实现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。推进个人账户用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费。

（三）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）健全完善个人账户使用管理办法，做好收支信息统计。个人账户资金可以结转使用和继承。

第三章 衔接机制

第八条 建立动态调整机制。按照省医疗保障部门相关文件，对普通门诊统筹待遇实行动态调整，并做好与住院费用支付政策的衔接，不断完善门诊慢特病管理，将部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的疾病门诊费用纳入共济保障，对部分在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，可参照住院待遇进行管理。不断健全门诊共济保障机制，逐步由病种保障向费用保障过渡。

第九条 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，支持外配处方在定点零售药店结算和配药。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。

第十条 完善与门诊共济保障相适应的付费机制。对基层医疗服务可按人头付费，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，推行按病种付费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。严格执行省确定的医保药品支付标准，引导医疗机构和患者主动使用疗效确切、价格合理、国家谈判以及集采中选的药物。加快与全国统一的医疗保障信息平台对接，推进门诊费用异地就医直接结算。

第十一条 建立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，强化医保与公安户籍、民政婚姻登记等信息共享。

第十二条 建立医保基金安全防控机制，严厉打击欺诈骗保行为，确保医保基金安全高效、合理使用。

第四章 监督管理

第十三条 医疗保障部门要完善管理服务措施，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。严格执行医保基金预算管理制度，加强基金稽核制度和内控制度建设。充分运用智能监管系统、实地稽核、引入第三方监管力量等办法，强化对医疗行为和医疗费用的监管，严格查处医药机构违法违规行为。

第十四条 卫健部门要创新门诊就医服务管理，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。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，引导参保人员在基层就医首诊。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。

第十五条 定点医疗机构要严格执行医保协议，合理诊疗、合理收费，严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录，优先配备使用医保目录内药品，控制患者自费比例，提高医疗保障基金使用效率。

第十六条 参保职工就医购药时，应当出具本人医保电子凭证或社会保障卡等参保凭证。定点医药机构应核对其身份，确保人证相符。

第五章 附 则

第十七条 本实施细则中扩大个人账户使用范围自 2022 年 7 月 1 日起实施，职工医保普通门诊和改进个人账户计入自 2023 年 1 月 1 日起实施。

第十八条 本实施细则由市医疗保障局负责解释。

抄送：市委各部门，市纪委监委机关，市人大常委会办公室，市政协办公室，萍乡军分区，市法院，市检察院，群众团体，新闻单位。

萍乡市人民政府办公室秘书科

2022 年 6 月 30 日印发
