

# 枣庄市人民政府办公室文件

枣政办发〔2022〕16号

---

## 枣庄市人民政府办公室 关于印发枣庄市建立职工基本医疗保险门诊 共济保障机制实施细则的通知

各区（市）人民政府，枣庄高新区管委会，市政府各部门单位，各大企业：

《枣庄市建立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，请认真贯彻落实。

枣庄市人民政府办公室

2022年11月24日

（此件主动公开）

# 枣庄市建立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** 为进一步完善职工基本医疗保险（以下简称职工医保）制度，优化医保基金使用结构，提升医保基金使用效益，更好地解决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）、《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）要求，结合我市实际，制定本实施细则。

**第二条** 坚持保障基本、互助共济、责任共担，切实维护参保职工权益；坚持平稳过渡，妥善处理好改革前后的政策衔接；坚持协同联动，建立职工医保普通门诊保障制度，同步改革个人账户，优化基金内部结构；坚持因地制宜，从实际出发，积极探索增强职工医保门诊保障的有效途径，科学设定职工普通门诊待遇支付政策，稳步提升门诊医疗保障水平，促进医疗保障制度更加公平更可持续。

**第三条** 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；税务部门做好医疗保险费的征收工作；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流通、使用环节监管，严厉打击非法渠道购进药品等违法行为。

## 第二章 职工医保普通门诊待遇保障

**第四条** 建立职工普通门诊保障机制。2022年12月起全面建立职工医保普通门诊保障制度，健全完善政策，规范管理措施，公平普惠保障普通门诊医疗需求。结合落实全省统一的医疗保障待遇清单制度，确保市域范围内普通门诊保障制度在保障内容和待遇支付方面的统一，并做好与门诊慢特病和住院待遇支付政策的衔接。

**第五条** 确定职工医保普通门诊待遇支付政策。科学设定全市统一的门诊统筹基金年度起付标准、支付比例和最高支付限额，不同级别的定点医疗机构设置差异化的起付标准和支付比例，适当向基层医疗机构倾斜，促进分级诊疗。

（一）起付标准。一个自然年度内，职工医保普通门诊保障起付标准实行当年累计计算。一级及以下（含一体化管理的村卫生室、社区卫生服务站等，下同）、二级、三级定点医疗机构起付标准分别为200元、400元、800元。参保人员在一级及

以下、二级、三级定点医疗机构门诊就医，职工医保普通门诊统筹起付标准实行累计补差计算。

（二）支付比例。参保人员普通门诊发生的政策范围内医疗费用，起付标准以上的部分，在职职工在一级及以下、二级、三级定点医疗机构统筹基金支付比例分别为 70%、60%、50%；退休职工在一级及以下、二级、三级定点医疗机构统筹基金支付比例分别为 75%、65%、55%。

（三）最高支付限额。一个自然年度内，参保职工发生的政策范围内普通门诊医疗费用，医疗保险统筹基金的最高支付限额为 1500 元。支付限额不结转、不累加到次年度。

**第六条** 普通门诊保障政策覆盖所有参加我市职工医保且正常享受待遇的全体人员(含退休人员及灵活就业人员)。参保人员在市内所有定点医疗机构门诊就医发生的政策范围内费用，可按本规定支付。将异地就医参保人员纳入普通门诊保障范围，对异地长期居住人员按本细则待遇标准执行；对临时外出就医人员，符合医保支付范围的费用，个人首先自付 10%后，再按规定比例支付。

### 第三章 个人账户使用管理

**第七条** 改进职工医保个人账户计入办法。个人账户计入办法调整与建立门诊保障机制同步实施。继续保留个人账户，

个人账户历史结余仍归参保人员所有。

(一)调整在职职工基本医疗保险个人账户计入办法。2022年12月起，将单位缴纳的基本医疗保险费计入在职职工个人账户部分调减到现行标准的50%，即按个人缴费基数 $2.25\%$ 计入个人账户。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，在职职工个人缴纳的基本医疗保险费全部划入本人个人账户，标准为本人参保缴费基数的 $2\%$ 。

#### (二)调整退休人员基本医疗保险个人账户计入办法

1. 单位正常参保的退休人员。2024年1月起，退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，70周岁以下退休人员按照2023年度全市基本养老金平均水平的 $2\%$ 划入，70周岁及以上退休人员按照2023年度全市基本养老金平均水平的 $2.5\%$ 划入。

2. 按灵活就业参保的退休人员。2023年1月起，符合享受医保退休待遇的灵活就业退休人员（含其他享受医保退休待遇未建立医保个人账户的退休人员），建立职工医保个人账户并由统筹基金按定额划入。70周岁以下退休人员按照2022年度全市基本养老金平均水平的 $2\%$ 划入，70周岁及以上退休人员按照2022年度全市基本养老金平均水平的 $2.5\%$ 划入。从2024年1月划入标准与单位正常参保的退休人员一致。

3. 在职转退休的职工，从享受退休医保待遇的当月起个人账户按退休人员标准划入。

(三) 调整公务员医疗补助个人账户计入办法。2023年1月起, 在职、退休人员公务员医疗补助计入个人账户部分按定额划入, 标准为2022年12月份个人缴费基数(养老金)的2.5%。新录用人员, 转正定级前按其首月见习工资、转正定级后按其转正定级首月工资的2.5%定额划入; 新退休人员, 按退休后首月养老金2.5%定额划入。根据公务员医疗补助基金收支情况适时调整。

**第八条** 规范个人账户使用。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。可以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、医用耗材发生的费用, 以及参加城乡居民基本医疗保险、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。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。

**第九条** 个人账户资金可以结转使用和继承, 职工基本医疗保险个人账户除因跨统筹地区关系转移、异地安置、出国定居、死亡等情况外不能提现或变相提现。

#### 第四章 相关制度衔接

**第十条** 规范完善职工基本医疗保险参保缴费政策。用人

单位按缴费基数<sup>的</sup>7%（不含生育保险）缴纳，个人按本人缴费基数<sup>的</sup>2%缴纳；从2023年1月起，无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员，按照缴费基数<sup>的</sup>7%（不含生育保险）缴费，在职期间不建立医保个人账户。

**第十一条** 统一医保支付范围。基本医疗保险普通门诊保障执行统一的医疗保险药品目录、诊疗目录、医用耗材目录和医疗服务设施范围目录。参保职工住院期间以及享受长期护理保险医疗专护待遇期间发生的普通门诊医药费用，不纳入普通门诊统筹基金支付范围；享受长期护理保险机构护理、居家护理待遇期间发生的普通门诊医药费用，纳入普通门诊统筹基金支付范围。职工普通门诊医保待遇与门诊慢特病医保待遇可以同时享受。

**第十二条** 规范职工门诊慢特病病种和医保政策。按省有关规定统一全市基本病种名称和认定标准。对部分调出慢特病病种，根据基金承受能力和普通门诊保障水平，通过门诊保障机制转换，实现由病种保障向费用保障过渡。

**第十三条** 拓宽门诊用药保障渠道。支持外配处方在定点零售药店配药结算，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门诊保障范围，执行与定点医疗机构统一的门诊支付政策，年度起付标准和年度最高支付限额与定点医疗机构合并计算。

**第十四条** 鼓励“互联网+”医疗服务。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入医疗保障支付范围，以医保电子凭证为介质打通慢特病复诊医保线上支付渠道，实现线上挂号、在线复诊、在线续方、处方流转、医保支付、药品配送上门等服务功能。

**第十五条** 完善医保信息化管理。建立全市统一的门诊统筹信息系统，实现医保经办机构与定点医药机构互联互通、资源共享。定点医药机构建立处方等信息上传制度，加强门诊费用日常审核监督。参保人员在定点医药机构发生的门诊费用，实行联网即时结算，参保人员只支付个人负担部分，其余部分由医保经办机构与定点医药机构结算。

**第十六条** 完善医疗费用结算支付方式。将门诊医疗服务纳入医保定点医药机构协议管理内容，建立门诊费用统计分析制度。推进门诊支付方式改革，对普通门诊和门诊慢特病服务，可实行按人头付费、按病种付费等复合式付费方式。

**第十七条** 做好家庭医生签约服务与普通门诊、门诊慢特病管理措施的衔接，引导参保人员在基层就医首诊，促进基层医疗卫生服务体系健全完善。

**第十八条** 明确住院前门急诊费用支付政策。参保人员住院前发生的政策范围内的门急诊费用，按普通门诊统筹政策支付；在门急诊抢救无效死亡的，其政策范围内的医疗费用按照一次住院报销。



## 第五章 监督管理

**第十九条** 健全监督管理机制。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，落实定点医药机构主体责任。定点医药机构应当严格遵守基本医疗保险和医疗卫生的各项法律、法规和政策规定，落实就医实名制，严格掌握适应症，做到因病施治、合理诊疗，积极宣传医保政策规定。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、普通门诊报销额度套取骗取医保基金等违法违规行为和问题，确保基金安全高效、合理使用。完善门诊就医服务监控分析机制，引导定点医药机构规范提供诊疗服务。

**第二十条** 严格执行医保基金收支管理，加强对个人账户使用、结算等环节的审核，做好收支信息统计。完善个人账户省内和跨省结算智能监控平台、“一卡通行”定点医药机构动态维护机制、常态化巡检机制、应急处置机制。完善门诊就医服务监控分析机制，引导定点医药机构规范提供诊疗服务。

## 第六章 附 则

**第二十一条** 市医保局、市财政局可根据上级部署、医保基金支付能力等情况，对门诊统筹保障待遇标准进行调整。

**第二十二条** 本实施细则由市医保局负责解释。

---

抄送：市委有关部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市监察委，  
市法院，市检察院，枣庄军分区战备建设处。

---

枣庄市人民政府办公室

2022年11月24日印发

---