

济宁市医疗保障局文件

济医保发〔2022〕27号

济宁市医疗保障局 关于加快推进建立健全职工门诊共济保障 机制工作有关问题的通知

各县（市、区）医疗保障局，济宁高新区人力资源服务中心、太白湖新区社会保障事业服务中心、济宁经济技术开发区人力资源和社会保障服务中心，兖矿能源集团股份有限公司人力资源服务中心，市直医疗保险定点医疗机构，市属机关各科室、各直属单位：

为加快推进职工基本医疗保险门诊共济保障机制工作，根据市政府《关于印发济宁市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则的通知》（济政办发〔2022〕13号）要求，现就有关问题通知如下：

一、实施范围

职工基本医疗保险门诊共济保障机制适用于全市所有参加城镇职工基本医疗保险的在职职工和退休人员。

二、待遇政策

(一) 全面落实职工普通门诊统筹待遇支付政策

1.起付标准。一个自然年度内，职工医保门诊统筹累计计算起付标准。参保人员在一、二、三级医疗机构门诊就医，医疗保险统筹基金支付的起付标准分别为100元、200元、300元。参保人员在一、二、三级医疗机构门诊就医，职工医保普通门诊统筹起付标准实行累计补差计算。

2.支付比例。参保人员普通门诊发生的政策范围内医疗费用，在起付标准以上至最高支付限额以下的部分，在职职工在一、二、三级医疗机构的基金支付比例分别为70%、60%、50%；退休人员在一、二、三级医疗机构的基金支付比例分别为75%、65%、55%。

3.最高支付限额。一个自然年度内，参保人员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2000元。

(二) 改革职工医保个人账户计入办法

个人账户计入办法调整与健全门诊共济保障机制于2023年1月1日同步开始实施。

1.在职职工个人缴纳的基本医疗保险费全部划入本人医保个人账户。

2.2023年1月1日起，用人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%，退休人员个人账户计入政策保持不变。在职职工年龄45岁（含45岁）以下的，按本人缴费基数0.5%计入个人账户；在职

职工45岁以上的，按本人缴费基数 0.75% 计入个人账户。

3.2024年1月1日起，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；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，划入额度统一调整为济宁市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济宁市2023年度基本养老金平均水平的 2.5% 。

4.在职转退休的职工，自次月起享受退休人员个人账户待遇。

5.灵活就业人员按规定享受退休人员基本医疗保险待遇的，个人账户政策按本规定标准执行。

三、医疗管理服务

(一)扩大定点就医购药范围。取消职工门诊统筹就医定点限制，不再实行签约定点就医服务，参保人员可以自主选择全市一、二、三级定点医疗机构门诊就医。

(二)就医实行实名认证。参保人员在定点医疗机构就医时，应出具本人医保电子凭证或社会保障卡等身份认证凭证。接诊医生应认真核对其身份，如实记录就医情况，确保人证相符。

(三)优化就医服务。定点医院机构要配备人员，加强信息系统建设，增设服务窗口，改善就医环境，简化医疗费用结算流程，规范治疗、合理收费。通过医保信息系统及时、准确上传参保人员的就医信息和医疗费用明细，积极为参保人员提供优质的医疗服务。

(四) 严格医保基金支付范围。职工医保门诊统筹执行全省统一的医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施标准。医疗机构在使用医保范围外项目时，应告知患者或其亲属。超出目录范围的费用，医保基金不予支付。

(五) 促进分级诊疗。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。

四、医疗费用结算

(一) 门诊费用实行联网即时结算。参保人员在全市定点医疗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疗机构结算。完善普通门诊市内和跨市异地就医统筹支付政策，简化异地就医人员分类和备案。参保人员在异地定点医疗机构门诊就医不能联网结算的，符合规定的普通门诊医疗费，由参保所属地医保经办机构予以报销。

(二) 及时拨付门诊统筹医保基金。按照属地结算管理原则，门诊统筹医保基金拨付和管理实行全市统一政策，市、县分级负责。门诊统筹管理和基金拨付参照住院结算的模式和定点医疗机构范围执行，市级医保经办机构负责市级医疗机构职工医保门诊统筹费用结算和全市清算，县级医保经办机构负责本辖区内定点医疗机构职工门诊统筹费用结算和清算。各级医保定点医疗机构要按时上报门诊统筹有关结算材料，医保经办机构要严格审核门诊统筹医疗费用，及时拨付门诊统筹医保基金。

(三)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机构协议管理内容，建立门诊费用统计分摊制度。推进门诊支付方式改革，对普通门诊服务，实行总额控制、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。

五、有关要求

(一)加强组织领导、成立工作专班。建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制，是深化医药卫生体制改革的一项重要内容，是城镇职工基本医疗保险制度的一项重大改革，对于进一步增强基金保障功能，切实减轻参保人员门诊医疗费用负担，具有十分重要的意义。各级医疗保障部门要明确目标任务，切实加强领导，认真组织门诊统筹实施工作，市医保局成立职工医保门诊共济保障机制工作推进专班（见附件），由局主要领导任组长、分管领导任副组长，相关科室单位工作人员为成员，统筹推进全市门诊共济保障工作；各县（市、区）要相应成立工作专班，加强组织领导，明确目标任务，制定具体计划，细化工作措施，积极稳妥推进，确保政策尽早落地见效。

(二)明确责任分工、强化协调配合。实行门诊共济保障机制是一项全局性系统工程，市局各科室单位、各县（市、区）医疗保障局、各定点医疗机构要认真履行职责，密切配合，共同推进，形成工作合力。各级医疗保障部门要做好政策落实、统筹协调等工作；督促医疗机构做好职工门诊用药的药品保障；加强基金监管，健全医保基金安全防控机制，

强化对医疗行为和医疗费用的监管；优化门诊共济业务办理流程，在医保信息系统设置各项待遇政策，调整个人账户划拨比例，确保费用即时结算、个人账户资金按时拨付，新机制平稳有序运行。各定点医院机构要认真落实政策，建立健全门诊就医、费用结算和服务管理等相关制度，完善门诊就医流程，提高工作效率，及时让群众享受待遇。

（三）广泛宣传政策、加强业务培训。门诊共济保障机制是医疗保险一项新的改革，要通过媒体广泛宣传门诊统筹的有关政策，加强政策解读，提高政策知晓度，告知参保人员办理门诊统筹的流程等。同时，加强医疗保险经办机构和医疗机构的人员业务培训工作，进一步明确操作流程、费用结算程序等。要及时回应群众关切，合理引导预期，凝聚社会共识，有效解决工作推进过程中出现的新情况、新问题，总结好的经验做法，加强绩效评价，防范运行风险，确保门诊共济制度平稳过渡、顺利实施，不断增强人民群众在共建共享发展中的获得感、幸福感、安全感。

附件：建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制工作推进专班



（此件主动公开）

附件

济宁市医疗保障局 建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障 机制工作推进专班

组 长：朱 林 孙 颖

副组长：朱秀娟

成 员：纪志强、张楠、王殿武、孟馨、王春华、马国善、韩建平。专班下设办公室，办公室设在待遇保障科，纪志强任办公室主任，吴昊、张福运、高鹏、高诗涵、吴静、王书画、刘恋、曹胜云为成员。办公室负责统筹协调、督导调度等日常工作。

职责分工：

- 1.待遇保障科：负责做好牵头组织和指导协调工作，及时解决工作中遇到的新情况、新问题等；
- 2.基金监督科和市医疗保险综合执法支队：负责加强医保基金稽核工作，严厉打击欺诈骗保行为等；
- 3.医药服务监督科：负责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机构协议管理内容等；
- 4.人事科：负责牵头做好政策宣传，配合科室单位和各县（市、区）开展政策解读，开展全方位政策宣传，畅通政策解读渠道和联络沟通机制等；
- 5.市医疗保险事业中心：负责制定门诊共济保障机制具

体医保经办服务流程，完善医保信息化管理，做好全市定点医疗机构系统改造，做好医疗费用结算和个人账户资金拨付，开展业务培训等。