

ZBCR—2022—0020007

淄博市人民政府办公室
关于印发淄博市职工基本医疗保险门诊共济
保障机制实施细则的通知
淄政办发〔2022〕12号

各区县人民政府，高新区、经济开发区、文昌湖区管委会，市政府各部门，各有关单位，各大企业，各高等院校：

《淄博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，请认真遵照执行。

淄博市人民政府办公室

2022年12月1日

（此件公开发布）

淄博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，优化医保基金使用结构，提升医保基金使用效益，更好解决参保人员门诊保障问题，切实减轻其日常医药费用负担，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）要求，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 基本原则。坚持尽力而为、量力而行；坚持人人尽责、人人享有；坚持保障基本，实行统筹共济；坚持平稳过渡，保持政策连续性；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，从实际出发，积极探索增强

职工医保门诊保障的有效途径；坚持制度联动，同步推进居民门诊保障机制改革。

第三条 本实施细则适用于参加我市职工医保的各类所有制企业、机关事业单位、社会团体和民办非企业单位职工和退休人员，灵活就业人员及退休人员。

第四条 各相关部门要密切配合，形成合力，确保改革有序推进。市医疗保障行政部门负责我市职工医保门诊共济保障工作的统筹协调。医疗保险经办机构具体负责普通门诊统筹资金的筹集、管理和待遇审核、给付等工作；负责建立统一规范的经办业务流程。财政部门配合做好医保基金的监督管理；卫生健康部门负责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；市场监管部门负责加强药品流通环节监管，严厉打击倒卖药品等违法行为。

第二章 普通门诊

第五条 改革职工医保个人账户计入办法。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%。2023年1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%；退休人员个人账户计入政

策保持不变。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；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本市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本市2023年度基本养老金平均水平的2.5%。在职转退休的职工，从次月起个人账户按退休人员标准划入。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。

第六条 一个自然年度内，一级及以下、二级、三级医疗机构起付标准分别为50元、500元、700元，普通门诊医疗待遇最高支付限额为3000元；在起付标准以上、最高支付限额以内的普通门诊政策范围内医疗费用分别按照60%、60%、50%比例支付，自2023年1月起执行。2024年1月起，普通门诊医疗待遇最高支付限额提高到4000元，退休人员支付比例提高5个百分点。

异地长期居住人员门诊就医，执行我市同级别医疗机构报销政策。临时外出就医人员在其他统筹区门诊治疗，发生的门诊合规医疗费用，个人自付10%后，执行我市同级别医疗机构待遇政策。

第七条 职工医保普通门诊统筹执行基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准。

第八条 职工医保普通门诊统筹基金不予支付范围：

- （一）应从工伤保险基金中支付的；
- （二）应由第三人负担的；
- （三）应由公共卫生负担的；
- （四）在境外就医的；
- （五）住院期间发生的普通门诊医疗费用；
- （六）其他有关规定不予支付的项目费用。

第三章 门诊慢特病

第九条 职工患有省、市基本医保门诊慢特病规定病种所发生的门诊医疗费用，纳入门诊慢特病支付范围。职工门诊慢特病病种范围和待遇标准视个人账户改革进度进行动态调整。具体方案由市医保局会同市财政局另行制定。

第十条 根据基金承受能力和普通门诊保障水平，探索建立门诊保障转换机制，推进部分慢特病病种实现由病种保障向费用保障过渡。

第十一条 对于国家医保谈判药品中临床必需、费用较高、替代性不强、适于门诊治疗，且未纳入门诊慢特病范围的部分品种，

参照门诊慢特病待遇办法，建立药品单独支付政策。对日间手术和日间病房等参照住院医保待遇结算。

第十二条 支持外配处方在定点零售药店结算和配药，将符合条件的定点零售药店提供的门诊慢特病用药保障服务纳入职工门诊保障范围，执行与定点医疗机构统一的报销比例，年度起付标准和年度最高支付限额合并计算。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性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。

第四章 医疗管理

第十三条 严格个人账户的使用管理，个人账户主要用于支付参保人员在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用，还可用于支付以下费用：

（一）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；

（二）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) 配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险、长期护理保险、政府指导的商业补充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。

第十四条 门诊统筹实行签约管理，实行基层首诊、双向转诊制度。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参保凭证；接诊医生应认真核对其身份，确保人证相符。

第十五条 完善门诊共济保障付费机制，对普通门诊、门诊慢特病实行以人头付费为主、按病种付费为辅多元复合式支付方式。

第十六条 完善医保定点医药机构考核办法，建立门诊费用统计分析制度，常态化监测医药费用增长快、次均费用高、患者自费比例高、检查费用占比高、目录外项目使用多等异常指标，引导定点医疗机构规范诊疗服务。将门诊医疗服务纳入医保定点机构协议管理体系，量化协议内容，加强日常考核，将考核结果与医保年终清算、协议续签和终止等挂钩，激励医药机构加强自我管理。

第十七条 严格医保基金监管，重点查处定点医疗机构冒名顶替、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，“术中加价”、夸大病情或疗效等

欺骗、诱使、强迫患者接受诊疗和消费、超疗程、超剂量用药等违法违规行为。

第五章 附则

第十八条 健全居民医保门诊保障机制，稳步提高居民普通门诊保障水平，到 2024 年，普通门诊报销额度在现有基础上提高 50% 左右。稳步提高居民门诊慢特病保障水平，2024 年门诊慢特病医保支付比例不低于 65%。

第十九条 上级对职工门诊共济保障机制有新规定的，从其规定。

第二十条 本细则自 2023 年 1 月 1 日起施行，有效期至 2027 年 12 月 31 日。我市原有政策内容与本细则规定不一致的，按本细则执行。