



阜新市人民政府办公室印发关于建立健全 阜新市职工基本医疗保险门诊共济 保障机制实施方案的通知

阜政办发〔2022〕11号

各县、区人民政府，市政府各部门、各直属单位：

《关于建立健全阜新市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施方案》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻实施。

阜新市人民政府办公室

2022年9月2日

（此件公开发布）



关于建立健全阜新市职工基本医疗保险
门诊共济保障机制实施方案

按照党中央、国务院和省委、省政府关于深化医疗保障制度改革任务部署，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《关于建立健全全省职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》（辽政办发〔2021〕39号）精神，结合我市实际，制定本方案。

一、指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，落实《中共中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）相关部署，既尽力而为、又量力而行，坚持人人尽责、人人享有，完善制度，引导预期，加快医疗保障重点领域和关键环节改革，将门诊医疗费用纳入职工医保统筹基金支付范围，稳步推进职工医保个人账户改革，建立健全门诊共济保障机制，提高医保基金使用效率，



逐步减轻参保人员医疗费用负担，实现职工医保制度更加公平更可持续。

二、基本原则

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。

三、主要任务

（一）建立普通门诊统筹机制。在做好群众负担较重的门诊慢性病、特殊疾病（以下统称门诊慢特病）医疗费用保障的基础上，将多发病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围。普通门诊统筹覆盖职工医保全体参保人员（含单建统筹和灵活就业人员），按照强化共济、合理分担的原则，起付标准和最高支付限额按年度设定。起付标准为 300 元每人每年，最高支付限额为 3000 元每人每年。政策范围内支付比例为：乡镇卫生院、社区卫生服务中心、一级及以下医疗机构、精神和传染等专科医院 60%，二级医疗机构 55%，三级（含三甲）医疗机构 50%；退休人员支付比例上浮 5%；参保人员发生的合规门诊医疗费用纳入年度最高支付限额计算范围和超限额补充医疗保险支付范围。



（二）完善慢特病门诊保障政策。按全省统一规范门诊慢特病政策意见，根据医保基金承受能力，逐步扩大由统筹基金支付的门诊慢特病病种范围，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。对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，参照住院待遇进行管理。门诊慢特病具体政策另行确定。

（三）拓展职工医保门诊保障范围。根据全市医保基金运行和门诊医疗需求情况，适时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，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用。探索开展将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入门诊保障范围。

（四）改进个人账户计入办法。完善门诊保障机制与改进个人账户制度同步推进，科学合理确定个人账户计入办法和计入水平。用人单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。享受统账结合待遇的在职职工个人账户按照本人参保缴费基数2%计入；享受统账结合待遇的退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入额度为2022年度全市基本养老金月平均水平的2%。单建统筹参保人员及退休人员（含灵活就业人员），不建立个人账户。



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。

（五）规范个人账户管理。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门诊医疗费用和住院医疗费用中的个人自付部分。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。探索个人账户用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险、长期护理保险等个人缴费。个人账户不得用于公共卫生费用（国家政策允许的除外）、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。个人账户的本金和利息为参保人员个人所有，可以结转使用和依法继承。要健全完善个人账户使用管理办法，做好收支信息统计。

（六）健全与门诊共济保障相适应的监督管理机制。要进一步完善管理服务措施，创新制度运行机制，引导参保人员合理利用医疗资源，确保医保基金平稳运行，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。建立健全医保基金安全防控机制，全面加强医保行政监管和经办稽核，强化对门诊医疗费用的医保大数据智能监控，保持打击欺



诈骗保高压态势，严肃查处过度诊疗、不合理用药、个人账户套现等违法违规问题，确保基金安全高效、合理使用。建立对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。完善门诊就医服务管理办法，强化定点医药机构协议管理，健全医疗服务监控、分析和考核体系，引导定点医药机构规范提供诊疗和用药保障服务。加快推进医疗保障信息平台建设，按照省统一部署开展门诊费用异地就医直接结算。通过协调推动基层医疗服务体系建设、完善家庭医生签约服务、规范长处方管理、健全慢特病门诊保障政策等措施，引导参保人员在基层就医首诊，规范基层医疗机构诊疗和转诊等行为。

（七）完善与门诊共济保障相适应的付费机制。对普通门诊服务，在按项目付费为主的基础上，探索实施门诊病例分组付费、点数法付费及门诊统筹签约人头付费等方式；对基层医疗服务，探索结合落实家庭医生签约服务付费机制，加强慢性病管理；按照省有关规定，科学合理确定医保药品支付标准，引导医疗机构和患者主动使用疗效确切、价格合理的药品。依托医疗保障信息平台，加强门诊费用数据采集和分析应用，为完善门诊付费机制奠定基础。

四、组织实施



（一）加强组织领导。建立健全职工医保门诊共济保障机制是深化医疗保障制度改革的重要内容，涉及全市广大参保人员切身利益。各相关部门要高度重视，切实加强领导，建立协调机制，抓好工作落实，按省统一部署，确保 2022 年底前在全市实施职工医保门诊共济保障制度，同步实施个人账户制度改革。2023 年底前，各相关部门要开展改革实施评估工作，进一步健全门诊共济保障机制。

（二）强化部门协同。医疗保障、卫生健康、财政、人力资源社会保障和市场监管等相关部门要密切配合，上下联动，形成合力，确保改革有序推进。医疗保障部门牵头做好建立健全职工医保门诊共济保障机制相关工作；卫生健康部门要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，为参保人员提供优质医疗服务；财政部门要做好职责范围内医保基金的监管使用工作，配合医保部门及时结算定点医药机构费用；人力资源社会保障部门要及时提供统筹地区退休人员基本养老保险平均水平等相关数据；市场监管部门要加强药品零售环节监管，严厉打击违法经营药品行为。

（三）注重宣传引导。各县区政府、各有关部门要创新宣传方式，丰富宣传手段，广泛开展宣传，准确解读政策。把握正确



的舆论导向，充分宣传建立健全职工医保门诊共济保障机制对减轻参保人员医疗费用负担、促进制度更加公平、更可持续的重要作用，大力宣传医疗保险共建共享、互助共济的重要意义。要积极主动回应社会关切，营造良好舆论氛围。