

赣州市人民政府办公室文件

赣市府办发〔2022〕27号

赣州市人民政府办公室关于 印发赣州市建立健全职工基本医疗保险门诊 共济保障机制实施办法（暂行）的通知

各县（市、区）人民政府，市政府各部门，市属、驻市各单位：

《赣州市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法（暂行）》已经2022年11月10日市政府第24次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。



2022年11月10日

（此件主动公开）

赣州市建立健全职工基本医疗保险门诊 共济保障机制实施办法（暂行）

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，切实减轻其医疗费用负担，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）和《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）精神，结合我市实际，制定本实施办法。

第二条 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。

第三条 本实施办法适用于按规定参加了赣州市职工医保的各类用人单位在职（含退休）职工和参加职工医保并设立个人账户的灵活就业人员及退休人员。参加不设立个人账户的住院医疗保险的参保人员，不适用于本实施办法。

第四条 市医疗保障行政部门负责全市职工医保门诊共济保障工作的统筹协调。医疗保障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。

第五条 门诊共济保障待遇执行江西省基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准及价格政策等规定。

(一) 职工医保普通门诊统筹待遇。参保职工普通门诊就医发生的医疗费用，统筹基金支付设立起付标准和最高支付限额。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为：一级及以下 60%、二级 55%、三级 50%；最高支付限额 1800 元。享受职工医保退休待遇的人员支付比例提高 5 个百分点，年度最高支付限额提高至 2000 元。

(二) 门诊特殊检查、治疗待遇。门诊特殊检查、治疗指以下 7 项：(1) CT 和 ECT；(2) 核磁共振 (MRI)；(3) 高压氧舱治疗；(4) 体外震波碎石治疗肾、胆结石；(5) 胃镜、肠镜；(6) 彩色多普勒检查；(7) 重度前列腺肿大体外射频治疗。以上 7 项特殊检查、治疗项目，在定点医疗机构发生的检查、治疗费用纳入门诊共济保障，不设起付标准，参照住院待遇进行管理，不与普通门诊统筹合并封顶线。

(三) 中医门诊待遇。中医门诊就医发生的中成药、中药饮片等医药费用及开展针灸、拔罐、推拿、艾灸等特色传统中医治疗项目，可纳入普通门诊报销。一个自然年度内，中医门诊的起付线比普通门诊降低 50% (即 300 元)，政策范围内支付比例按照职工医保普通门诊统筹报销比例提高 5 个百分点，与普通门诊统筹合并封顶线。

(四) “两病”待遇。对患有高血压、糖尿病 (以下简称“两

病”），但尚未确定为门诊特殊慢性病的“两病”患者，需要采取药物控制的参保患者门诊发生的降血压、降血糖药品费用，不设起付线，执行职工医保普通门诊统筹报销比例，由职工医保普通门诊统筹基金限额支付，其中高血压年度封顶 500 元、糖尿病年度封顶 600 元，与普通门诊统筹合并封顶线。同时，按要求优先将目录甲类药品、国家基本药物、一致性评价品种、集中招标采购中选药品纳入报销范围。对已纳入门诊特殊慢性病保障范围的“两病”患者，其用药报销待遇按照现行政策执行，避免重复报销，重复享受待遇。

（五）逐步将部分治疗周期长、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，可参照住院待遇进行管理。

第六条 调整个人账户计入办法和计入水平。

（一）在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准由本人参保缴费基数 3.2% 调整为 2%，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

（二）灵活就业人员个人账户计入水平由本人参保缴费基数 3.2% 调整为 2%。

（三）退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入额度由基本养老金的 3.8% 调整为根据本实施办法实施改革当年全省基本养老金平均水平的 2.5%。

（四）参保人员补缴欠费（含不足缴费年限补缴）按本人参

保缴费基数²%划入个人账户。

（五）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疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用。2023 年底前，实现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。

（二）条件成熟后，允许个人账户用于配偶、父母、子女参加本统筹区域内城乡居民基本医疗保险及医疗保障部门主导普惠型商业健康保险等的个人缴费。

（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）个人账户资金可以结转使用和继承。职工调离我市时，个人账户结余资金可随同转移或按国家有关规定执行。

第八条 优化管理服务。按照国家、省关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制有关要求，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。落实“互联网+”医疗服务和医保支付政策，将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。加快医疗保障信息平台建设，

推进门诊费用跨省异地就医直接结算。

第九条 加强监督管理。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、结算等环节审核。强化对医疗行为和医疗费用的监管，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套取骗取医保基金等违法违规行为，确保基金安全高效、合理使用。创新门诊就医服务管理办法，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。通过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。

第十条 加强基金监管。医保、财政、卫健部门要密切关注政策实施后职工门诊统筹政策执行与基金支出情况，做好监测预警，确保政策有效落实、基金运行安全。适时开展职工门诊基金支出专项稽查，杜绝门诊费用违规报销，防止医保基金跑冒滴漏，对发现的欺诈骗保行为及时查处，确保医保基金支出规范。

第十一条 建立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。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、国家谈判以及集采中选的药品。

第十二条 完善门诊慢性病政策，不断健全门诊保障机制，逐步由病种保障向费用保障过渡。因治疗门诊慢性病发生的就医购药费用，应首先按门诊慢性病政策支付，超过限额的费用可按门诊统筹政策支持，治疗其他疾病的费用按门诊统筹政策直接支付。

第十三条 本实施办法自 2023 年 1 月 1 日起实施。

第十四条 本实施办法有效期 2 年。有效期满或政策法规依据发生变化的，根据实施情况依法评估修订。

第十五条 本实施办法由赣州市医疗保障部门负责解释。

抄送：市委办公室，市纪委办公室，市人大常委会办公室，市政协办公室，赣州军分区，市委各部门，市中级人民法院，市检察院，群众团体，新闻单位。

赣州市人民政府办公室秘书科

2022年11月15日印发
