**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**

近日，《济宁市人民政府办公室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）发布。该实施细则自2023年1月1日起施行，有效期至2027年12月31日。

**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。

**待遇政策**

**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**，随个人账户改革分布到位，逐步提高普通门诊医保支付限额。

**济宁市职工基本医疗保险门诊统筹**

**待遇支付政策明细表**

*一个自然年度内最高支付限额2000元*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | **一级医疗机构** | **二级医疗机构** | **三级医疗机构** |
| 起付标准 | **100** | **200** | **300** |
| 在职职工报销比例 | **70%** | **60%** | **50%** |
| 退休职工报销比例 | **75%** | **65%** | **55%** |

**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.用人单位缴纳的基本医疗保险费：**

**★★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，按本人缴费基数的0.5%计入个人账户；在职职工45岁以上的，按本人缴费基数的0.75%计入个人账户。

**★★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%。

**3.在职转退休的职工，自次月起享受退休人员个人账户待遇。**

**4.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。**

**规范职工医保个人账户使用**

进一步明确个人账户支付范围，拓宽个人账户支付渠道，规范个人账户使用管理。

**1.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由个人负担的医疗费用，

在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用，

配偶、父母、子女参加居民基本医疗保险、长期护理保险、政府指导的普惠型商业医疗保险、灵活就业退休人员大额医疗保险等的个人缴费。

**2.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。**

**3.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一次性拨付给本人。

**医疗管理服务**

**扩大职工医保门诊统筹定点就医购药范围。**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。

**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。

**优化就医服务。**定点医疗机构要配备人员，加强信息系统建设，增设服务窗口，改善就医环境，简化化医疗费用结算流程。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医疗服务。

**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。

**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。

费用结算

**门诊费用实行联网即时结算。**参保人员在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。参保人员在定点医疗机构门诊就医的，市域外不能联网结算的符合规定的普通门诊医疗费用，由参保所属地医保经办机构予以报销。

**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按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，县级医保机构经办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。

**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析制度。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。对实行单独支付的国家医保谈判药品，不纳入定点医疗机构医保费用总额范围。