苏州市医疗保障局文件

苏医保待医〔2022〕36号

关于印发《苏州市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则（试行）》的通知

各市、区医疗保障局，市医保中心：

为进一步健全职工基本医疗保险制度，发挥职工医保门诊统筹共济保障作用，切实减轻医疗费用负担，根据《市政府办公室印发关于健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施办法的通知》（苏府办〔2022〕207号）、《江苏省医疗保障局 江苏省财政厅关于职工基本医疗保险个人账户使用及家庭共济有关事项的通知》（苏医保发〔2022〕80号），我们制定了《苏州市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则（试行）》，现印发给你们，请遵照执行。

苏州市医疗保障局

2022年12月22日

（此件公开发布）

苏州市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则（试行）

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，发挥职工医保门诊统筹共济保障作用，切实减轻医疗费用负担，根据《市政府办公室印发关于健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施办法的通知》（苏府办〔2022〕207号）、《江苏省医疗保障局 江苏省财政厅关于职工基本医疗保险个人账户使用及家庭共济有关事项的通知》（苏医保发〔2022〕80号），制定本实施细则。

第一条 职工医保参保人员在符合条件的定点医药机构发生的符合基本医疗保险政策规定的普通门诊费用，由基本医疗保险统筹基金按照规定支付，适用本细则。

第二条 市医疗保障行政部门负责全市职工医保门诊保障的政策制定、组织实施和监督管理工作；各级医疗保障行政部门负责本辖区内职工医保门诊保障的具体组织实施和监督监管工作；各级医疗保障经办机构负责基金筹集、管理和待遇审核、给付等工作。

第三条 在一个结算年度内，参保人员在符合条件的定点医药机构门诊就医，在起付标准以上、最高限额以内的部分，按照不同级别、不同类型的医药机构和不同人群，分类分级确定基本医疗保险统筹基金支付比例。

（一）门诊统筹起付标准为在职职工600元，退休职工

400元。

（二）门诊统筹年度最高支付限额为13000元，其中在起付标准以上至3000元以内的门诊统筹支付额度，可以在C级门诊类定点医疗机构和定点零售药店使用。

（三）门诊统筹基金按照以下比例进行支付：

1.在职职工在符合条件的一级及基层医疗机构、二级医疗机构、三级医疗机构就医的统筹基金支付比例分别为80%、75%、60%；

2.退休职工在符合条件的一级及基层医疗机构、二级医疗机构、三级医疗机构就医的统筹基金支付比例分别为90%、85%、70%。

3.职工参保人员在符合条件的定点零售药店购药的统筹基金支付比例按照三级医疗机构比例执行，其中在职职工为60%，退休职工为70%。

根据全省处方流转平台建设进度，逐步实现符合条件的定点零售药店销售的医保政策范围内药品费用统筹基金支付比例与外配处方的定点医疗机构一致。

第四条 参保人员使用门诊统筹基金购买药品应当凭医生处方。

第五条 职工医保门诊统筹额度仅限职工本人使用，家庭成员之间不共济。门诊统筹基金支付限额仅限当年使用，当年度未使用完的额度不结转、不累加到次年度。

第六条 职工办理医保退休手续次日起，享受退休职工个人账户计入及退休职工门诊共济保障待遇。普通门诊费用

统筹支付的起付标准连续计算。

第七条 根据国家、省相关规定，明确个人账户计入方式和计入水平：

（一）在职职工个人账户每月由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准为本人参保缴费基数的2%，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

（二）退休人员个人账户由基本医疗保险基金按照定额按年划入，2023年按照2022年退休人员个人账户划拨政策定额划入，2024年起退休人员个人账户划入额度统一调整到统筹地区根据意见实施改革当年基本养老金平均水平的2.5%，具体计入方式和标准根据省规定另行确定。

第八条 根据国家、省要求，明确个人账户资金使用范围包括：

（一）用于支付参保人员在定点医疗机构就医发生的由个人负担的自付和自费医疗费用，包括生育保险支付后个人负担的产前检查费用和生育医疗费用。

（二）用于支付参保人员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自付和自费费用，药品、医疗器械和医用耗材应符合国家医保信息业务编码管理相关规定。

（三）用于支付参保人员在定点医疗机构发生的符合国家医保信息业务编码管理的非免疫规划疫苗费用。

（四）用于缴纳参保人员参加职工大病保险、长期护理保险的个人缴费，灵活就业人员职工医保参保缴费、职工医

保参保人员享受退休人员医保待遇缴费年限不足时的一次性趸交职工医保费，以及参保人员家庭成员参加城乡居民医保、长期护理保险等的个人缴费。

（五）用于支付参保人员购买本省及本市政府指导的、与基本医疗保险相衔接的商业医疗保险产品的费用。

（六）个人账户资金可支付的医疗器械和医用耗材范围包括：口罩、新冠病毒抗原检测试剂；血压计；血糖测试仪、血糖试纸、一次性使用末梢采血针、笔式注射针；体温计；酒精消毒液、棉球、片，碘消毒液、棉球、片，棉签；创口贴。可支付范围根据省规定适时调整。

（七）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。

（八）家庭成员发生的符合个人账户资金使用范围的费用，可以通过个人账户家庭共济的方式，享受家庭共济待遇。

第九条 职工基本医疗保险个人账户分为职工历年账户、职工当年账户两种类型，个人账户支出时按照按先历年后当年的顺序使用。

第十条 每一结算年度末对职工基本医疗保险所有账户余额计息，其中当年账户结余额按银行活期存款基准利率计算利息，历年账户结余余额按3个月整存整取银行存款基准利率计算利息，利息于结算年度末并入个人账户。

第十一条 本实施细则所称的相关医疗费用口径规定如下：

（一）政策范围内医疗费用：指参保人员在门诊和住院

就医发生的符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施范围的医疗费用，包括医保统筹基金支付和个人自付的费用。

（二）个人自付费用：指参保人员就医或购药时产生的医疗费用中由个人负担的属于基本医疗保险目录范围内的自付部分。包括：

1.起付线；

2.先行自付费用：药品、诊疗项目和特殊医用材料按规定由参保人员按比例承担部分的费用；

3.超限价自付费用：未执行医疗保险限价规定的诊疗项目费用；药品、特殊医用材料费用超过支付标准部分；

4.按比例自付费用：符合规定的政策范围内医疗费用由各类医保基金按规定比例结付后，由参保人员按比例负担的费用；

5.门诊统筹限额以上部分；

6.其他符合规定由参保人员负担的费用。

（三）个人自费费用：指参保人员就医或购药时产生的医疗费用中按有关规定不属于医疗保障基金支付范围应全部由个人负担的费用。包括：

1.不在医疗保险药品、诊疗项目和特殊医用耗材目录范围内的费用；

2.医疗保险药品、诊疗项目和特殊医用材料目录内的丙类费用，药品超限定支付范围的费用；

3.其他不符合医疗保险支付规定的费用。

第十二条 本实施细则所称的结算年度是指每年1月1日至12月31日。

第十三条 本实施细则自2023年1月1日起施行，家庭共济相关措施另行发文明确，以往规定与本实施细则不一致的，按本实施细则规定执行。

苏州市医疗保障局办公室　　2022年12月22日印发