

000156

# 咸宁市人民政府办公室文件

咸政办发〔2022〕42号

## 市人民政府办公室关于印发 咸宁市全面做实基本医疗保险市级统筹 实施办法和咸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

各县、市、区人民政府，市政府各部门，咸宁高新区管委会：

《咸宁市全面做实基本医疗保险市级统筹实施办法》和《咸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》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

咸宁市人民政府办公室

2022年12月27日

（此件公开发布）

# 咸宁市全面做实基本医疗保险 市级统筹实施办法

为进一步健全我市医疗保障体系，巩固提高基本医疗保险统筹层次，推动基本医疗保险制度健康持续发展，根据《省人民政府办公厅关于全面做实基本医疗保险市级统筹的实施意见》（鄂政办发〔2022〕36号），结合我市实际，制定本办法。

## 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，坚持以人民为中心的发展思想，认真落实党中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的决策部署和省委、省政府工作要求，按照制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体的标准，以增强医疗保障制度公平性，提升医疗保障基金抗风险能力为重点，全面做实基本医疗保险市级统筹，促进医疗保障事业可持续高质量发展，不断提升人民群众的获得感、幸福感、安全感。

## 二、基本原则

——坚持政府主导。市、县（市、区）两级政府按照属地管理原则，承担扩面征缴、财政补助资金筹集、基金上解与拨付、基金监管等责任，确保工作落实。

——坚持维护公平。全市统筹区域内，参保人员同等享受本地区相应的基本医疗保险待遇，确保制度公平。

——坚持责任分担。按照基金统收统支、管理分级负责、缺口合理分担的原则，建立权利与义务相对应、激励与约束相

结合的市、县（市、区）两级政府责任分担机制，防止基金穿底，确保基金安全。

### 三、工作目标

2022 年底前，全市全面实行基本医疗保险市级统筹（包括职工医保市级统筹和城乡居民医保市级统筹，下同），生育保险和大病保险（职工大额医疗费用补助）市级统筹同步实施。

### 四、重点任务

（一）统一政策制度。全市统筹区域内，按照险种分别执行统一的基本医疗保险制度和生育保险制度，统一各险种参保政策、筹资政策、待遇支付政策。参保政策主要包括参保范围、资助参保、缴费年限、医保关系转移接续等。筹资政策主要包括筹资渠道、缴费基数、基准费率（标准）、财政补助标准等。待遇支付政策主要包括基本医疗保险、生育保险和大病保险（职工大额医疗费用补助）待遇支付政策。

（二）统一待遇标准。严格落实国家医疗保障待遇清单制度，对以往出台的与清单不相符的政策，2023 年底前完成清理规范，同国家和省级政策相衔接。严格执行全国统一的基本医疗保险药品目录和全省统一的基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录。全市统筹区域内，统一普通门诊、门诊慢特病、住院等医疗保险待遇，主要包括政策范围内医疗费用的起付标准、支付比例和最高支付限额等基准待遇标准。城乡居民医保、大病保险待遇按照现行城乡居民医保市级统筹政策执行，职工医保住院待遇和生育保险待遇以及职工大额医

疗费用补助按照现行全市统一待遇政策执行，个人账户、普通门诊、门诊慢特病待遇结合职工门诊共济保障制度改革进行调整和统一政策待遇标准。

（三）统一基金管理。基本医疗保险基金实行市级统收统支，纳入市社保基金财政专户（以下简称市财政专户）管理，实行收支两条线。职工医保基金和城乡居民医保基金分别建账、分账核算、分别计息、专款专用，不得相互挤占和调剂。

1. 基金统收。全市各级税务部门征收的医疗保险费，按照市州级预算级次缴入本级国库后全额上划市级国库，市税务局每月5日前将各地上划入库数据传递给市财政局和市级医保经办机构，市财政局及时将资金拨至市财政专户。市级收到下拨的中央和省级财政城乡居民医保补助资金后，按照规定直接划入市财政专户。县（市、区）本级财政城乡居民医保补助资金，按照规定时间足额划拨至市财政专户。城乡居民医保基金按照现行规定上解。职工医保基金和大额医疗费用补助资金从2022年7月1日起实行统一核算。

2. 基金统支。医疗保险基金实行总额预算管理，采取“按月拨付，按年结算”的办法，全面落实区域点数法总额预算和按照病种分值付费(DIP)支付方式改革。市医保局根据各县(市、区)申请的月度基金支出计划，经审核后统一向市财政局申报，市财政局复核后及时拨付至市医保基金支出账户，市医保基金支出账户再拨付至各县（市、区）医保基金支出账户。原则上应在年度终了后2个月内完成年终结算。

3. 基金预决算管理。按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，市医保局会同市财政局、市税务局，根据社会保险基金预算管理有关规定，统一编制基金预算，按照程序报批后下达各县（市、区）执行。年度末，按照规定编制基金决算。要严格按照批准的预算执行，不得随意调整。因特殊情况需要调整的，按照基金预算调整程序经批准后执行。建立基金运行分析和风险防控预警机制。各县（市、区）医保经办机构要采取定期（季度）和不定期（根据基金运行情况）相结合的方式，分析基金预算运行现状和运行风险。当年度基金支出预算可能出现风险时，各县（市、区）医保经办机构要及时分析基金运行现状和运行风险。当年度基金支出预算出现风险时，风险率在3%以内的，县（市、区）医保局要会同本级财政局向市医保局、市财政局写出书面分析报告；风险率超过3%的，县（市、区）医保局会同本级财政局写出书面分析报告，经同级政府审定后上报市医保局汇总，由市医保局、市财政局联合上报市人民政府。

#### 4. 基金缺口分担机制。

（1）各县（市、区）加强基金收入管理，因未严格执行缴费政策或者未按照规定安排财政补助资金及管理不善等情况造成基金收支缺口的，由当地政府负责弥补到位。

（2）各县（市、区）医保、财政部门要加强基金支出管理，市医保局、市财政局要加强基金监管，实施基金预算绩效考核。

（3）建立风险储备金制度，储备金按照当年基本医疗保险

基金预算收入 5%提取，列入当年基本医疗保险基金支出预算。

（4）一个预算年度内，县（市、区）完成年度收支计划，如当年基金收支相抵出现缺口，除本办法规定由当地政府负责弥补以外，先由县（市、区）统筹前历年累计结余基金进行弥补；弥补不足时，由市级统筹累计结余基金进行弥补；市级统筹累计结余基金弥补不足的，由风险储备金弥补；风险储备金弥补不足的，由市、县两级合理分担。其中，市级承担 5%，各县（市、区）承担 95%。市医保局可以会同市财政局在医保待遇清单管理制度授权范围内调整相关政策，报市人民政府批准后执行。

5. 基金清理审计确认。市、县（市、区）审计部门组织或者委托有资质的第三方机构完成截至 2022 年 6 月底的职工医保基金、职工大额医疗费用补助结余及所涉债权债务等全面清理审计。经市医保局确认后，市级统筹前的累计结余基金放在当地基金财政专户，由市级统一管理使用，用于弥补市级统筹后当地基金收支缺口。市级统筹前的历史遗留问题，各县（市、区）人民政府要妥善处理，不得将统筹前的债务和缺口带到新的市级统筹制度中。

（四）统一经办服务。实行全市统一的基本医疗保险参保登记、缴费申报、待遇支付、就医管理、费用结算等经办工作流程和服务规范。落实医疗保障经办政务服务事项清单制度，健全市、县（市、区）、乡镇（街道）、村（社区）经办管理体系，切实为参保人员提供优质、便捷、高效的政务服务。

（五）统一定点管理。执行全市统一的定点医药机构协议管理办法，统一定点医药机构协议文本，明确双方权利责任义务。加强对定点医药机构履行协议情况的监督检查，建立健全考核评价和动态准入退出机制，严厉打击欺诈骗保行为。

（六）统一信息系统建设。充分依托全省统一的信息系统，加强部门间信息共享，实现数据向上集中、服务向下延伸，为统一规范基本政策及经办管理、定点管理、异地就医结算等提供有力支撑。加速提升全市信息化建设水平，加快推进医保智能监控系统建设步伐，积极推进“互联网+医保支付”等新服务模式，推进医疗保障公共服务均等可及。

## 五、组织实施

（一）强化组织领导。成立由市人民政府主要负责同志任组长，分管负责同志任副组长，医保、财政、税务、人行、卫健、审计等部门及各县（市、区）人民政府主要负责同志为成员的基本医疗保险市级统筹领导小组，推进市级统筹工作落地落实。领导小组办公室设在市医保局，负责组织市级统筹专项工作。各县（市、区）要建立医保联席会议制度，开展医保市级统筹改革工作。

（二）落实主体责任。将基本医疗保险参保扩面、基金征缴、支出控制及责任承担等内容纳入县（市、区）工作目标责任制考核。县（市、区）人民政府及其相关部门要严格贯彻执行国家、省、市有关医疗保障法律法规和政策，组织做好属地医保基金的筹集、管理、运行工作。实施全民参保计划，将符

合条件的用人单位和人员纳入参保范围，拓宽新业态从业人员参保渠道；夯实缴费基数，强化基金征收管理；严格执行基金预算，及时划转各项基金收入；严格执行总额预算管理；按照规定承担管理性责任和收支缺口分担责任；组织开展医保具体经办服务；做好信息安全保障；做好县域内医保基金使用的监督管理。

（三）明确部门职责。各级医保、财政、税务、人行、卫健、审计等部门要各司其职、加强沟通协调。医保部门牵头组织实施基本医疗保险市级统筹工作；财政部门负责落实财政补助政策，会同相关部门做好医保基金监督管理工作；税务部门负责做好基本医疗保险费和职工大额医疗费用补助保险费的征收管理工作；人行部门负责基本医疗保险费和职工大额医疗费用补助保险费的收纳入库和划转；卫健部门负责做好医疗机构综合监管工作，更好为参保人员提供优质医疗卫生服务；审计部门负责做好基本医疗保险基金的审计工作。各级各相关部门要积极主动作为，形成工作合力，确保基本医疗保险市级统筹顺利实施。

（四）加强宣传引导。各地各相关部门要加强正面宣传和舆论引导，充分发挥报纸、电视等主流媒体以及网络、微信等新媒体作用，及时关注定点医药机构和社会各界关切，对市级统筹相关政策做法及意义进行广泛宣传、深入解读，切实提高政策知晓度。及时回应参保人员关注的参保缴费、待遇享受、关系转移等问题，让参保人员对市级统筹有更加全面准确的认

识，引导参保人员自觉遵守基本医疗保险政策规定，主动转变就医习惯，做到合理有序就医。

本办法自印发之日起施行，有效期 5 年。此前出台的规定与本办法不一致的，按照本办法执行。国家、省有新规定的，依照其规定。

# 咸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

## 第一章 总 则

**第一条** 为了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《省人民政府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实施意见》（鄂政办发〔2022〕25号）精神，制定本实施细则。

**第二条** 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。坚持公平适度，在国家、省整体制度设计的框架内，全市门诊共济保障政策规范统一，动态调整。

**第三条** 健全门诊共济保障机制，优化职工医保基金内部结构，改革个人账户管理机制，稳步推进门诊医疗费用支付方式改革，健全门诊统筹医保管理和基金监管机制，提升医保基金使用效率，促进医保制度更加公平更可持续。

**第四条** 医保行政部门负责做好普通门诊统筹的组织管理、资金监管工作，医保经办机构负责做好普通门诊统筹资金管理和待遇审核、支付等具体工作，确保参保人员待遇平稳过渡。

## 第二章 保障范围

**第五条** 职工医保参保人员在定点门诊医药机构发生的属于医疗保险药品、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录范围内的普通门诊（含急诊）医疗费用按照政策纳入职工医保普通门诊统筹、门诊慢性病、特殊疾病（以下统称门诊慢特病）、“双通道”（定点医疗机构和定点零售药店两个通道）药品支付范围。生育门诊医疗费用仍按照我市现行政策执行。

## 第三章 保障对象和资金来源

**第六条** 保障对象。参加我市职工基本医疗保险的人员（以下简称职工医保参保人员）。

**第七条** 资金来源。单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。职工医保门诊统筹所需资金从职工医保统筹基金中支出，用人单位及职工医保参保人员不再另行缴费。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。

## 第四章 门诊共济保障待遇

**第八条** 普通门诊统筹待遇。一个自然年度内，职工医保参保人员统筹基金政策范围内的门诊医疗费用超过普通门诊统

筹起付标准以上、最高支付限额以下的部分，由医保基金按照比例支付。

（一）起付标准。年度起付标准在职职工为 400 元，退休人员为 200 元；

（二）支付比例。一级定点医疗机构（含社区卫生服务机构）支付比例在职职工 80%、退休人员 90%；二级定点医疗机构支付比例在职职工 65%、退休人员 75%；三级定点医疗机构支付比例在职职工 50%，退休人员 60%；纳入普通门诊统筹支付的异地普通门诊就医费用支付比例统一按照三级定点医疗机构比例支付；

（三）最高支付限额。在职职工年度最高支付限额为 2000 元，退休人员年度最高支付限额为 3500 元。

**第九条** 研究调整完善职工门诊慢特病和门诊特殊治疗政策，实现市域内职工门诊慢特病病种范围和待遇标准统一。根据医保基金承受能力，结合本地实际，逐步规范由统筹基金支付的门诊慢特病管理服务。逐步探索由病种保障向费用保障过渡。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。门诊慢特病具体管理办法另行制定，在新管理办法未制定前各地不得擅自增加门诊慢特病病种。

**第十条** 下列门诊费用不纳入职工医保门诊共济保障支付范围：

（一）不符合基本医疗保险规定支付范围的医疗费用；

（二）职工停止缴纳或者未按照规定缴纳基本医疗保险费

期间发生的门诊费用；

（三）已纳入职工医保住院、门诊慢特病、“双通道”管理等支付范围的门诊费用；

（四）其他不符合规定的医疗费用。

## 第五章 个人账户

**第十一条** 用人单位在职职工个人账户计入标准按照本人参保缴费基数的 2% 确定，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金；灵活就业参保人员个人账户计入标准为本人参保缴费基数的 2%，其余基本医疗保险缴费部分全部计入统筹基金；退休人员个人账户由统筹基金按照定额划入，年度划入额度为 840 元；原关闭、破产、改制和困难企业退休人员个人账户参照普通退休人员标准划入。

**第十二条** 参保人员达到法定退休年龄，医保累计缴费年限符合规定，医疗保险状态由在职转为退休，享受医保退休人员待遇参保人员医疗保险状态由在职变更为退休后，从次月起为其变更个人账户计入比例和办法。

**第十三条** 个人账户主要用于支付参保人员在定点医疗机构或者定点零售药店发生的政策范围内自付费用。在实现信息系统支撑的前提下，实现个人账户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。在条件成熟的情况下，个人账户可用于本人参加职工大额医疗费用补助、长期护理保险等个人缴费，以及配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、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、体育健身或者养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。对于出国、出境定居的职工医保参保人员，个人账户余额经本人申请可支付给本人；参保职工死亡的，其个人账户余额可一次性支付给其法定继承人或者指定受益人。

## 第六章 医药服务管理

**第十四条** 参保职工在普通门诊统筹定点医药机构就医发生的门诊医疗费用，按照规定由统筹基金、个人账户或者现金支付。

**第十五条** 普通门诊统筹的最高支付限额与住院、门诊慢特病、国家医保谈判药品的最高支付限额分别控制、合并计入职工医保统筹基金最高支付限额，一个自然年度内普通门诊统筹最高支付限额仅限于当年使用，不得结转累加到次年。

**第十六条** 参保人员同时享受门诊统筹、门诊慢特病和门诊特药等待遇的，就诊时应分别开具处方，分别结算。经职工医保门诊共济报销后个人负担的普通门诊费用不计入大病保险报销范围。

**第十七条** 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配药、结算，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用。选择资质合规、管理规范、信誉良好，并且满足对所售药品实现电子追溯等条件的定点零售药店，开展谈判药品“双通道”管理。

**第十八条** 参保人员在定点医疗机构门诊所需用药无法满足时，定点医疗机构应支持参保人员持处方在符合条件的定点零售药店配药。参保人员外配购药的支付比例按照为其出具处方的定点医疗机构级别执行。

**第十九条** 探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入门诊保障范围，支付比例按照互联网医院依托的实体医疗机构级别执行。实体医疗机构须为医保定点医疗机构。

**第二十条** 定点医疗机构应在合理医治的前提下，尽量引导参保患者在门诊治疗。职工本人在定点医疗机构及处方外配门诊费用累计达到共济保障起付线的，由职工医保统筹基金按照规定支付，定点医药机构应当如实记账。

**第二十一条** 普通门诊费用不纳入门诊慢特病支付范围，门诊慢特病费用不纳入普通门诊统筹支付范围。门诊慢特病保障范围所使用的必需的药品、检查、检验、治疗、耗材必须与病种的诊断相符，不相符的费用不得纳入门诊慢特病支付范围。

**第二十二条** 未达到门诊慢特病规定标准的高血压、糖尿病职工医保患者的门诊用药通过普通门诊统筹和个人账户给予保障。对“双通道”药品和参照“双通道”管理的药品，按照

“双通道”药品待遇政策执行，持续做好国家医保谈判药品落地工作。

**第二十三条** 参保患者门诊（急诊急救）确诊需转本院住院的，该次门诊（急诊急救）的医疗费用并入住院费用。

**第二十四条** 参保人员凭本人社会保障卡或者医保电子凭证在普通门诊统筹定点医药机构就诊，实行“一站式”结算，参保人员只需支付个人负担的费用，医保基金支付的费用由医保经办机构与普通门诊统筹定点医药机构定期结算。

**第二十五条** 参保人员市域外异地门诊就医的，应凭本人社会保障卡或者医保电子凭证选择异地普通门诊统筹定点医药机构就医，发生的门诊费用通过医保信息系统直接结算。支付范围按照就医地医保目录，支付比例按照我市三级定点医疗机构支付比例执行。

因特殊情况未能实现直接结算的，由个人全额垫付后，最迟于次年底前到参保地医保经办机构按照规定审核报销。

## 第七章 监督管理

**第二十六条** 完善管理服务措施，创新制度运行机制，引导医疗资源合理利用，确保医保基金稳定运行，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。

**第二十七条** 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。加强对门诊医疗行为、售药行为、就医购药行为的监管，严格门诊处方评价机制、检查检验考核机制、售药购药评价机制、医保信用评价机制。强化对医疗行为和医疗费用的监管，严肃查处“挂床”住院、诱导住院等违法违规行为。

**第二十八条** 建立医保基金安全防控机制，严厉打击欺诈骗保行为，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。充分利用新系统上线，做好做实定点零售药店售药行为管理，建立健全完善的进销存管理体制机制，严格查处串换药品、销售生活日用品及其他违规行为，对承担门诊慢特病等疾病而使用社会统筹基金的售药行为，全方位纳入智能监控管理，并同步进入医疗行为诚信体系管理。

**第二十九条** 加强信息系统建设，为规范个人账户使用范围提供技术支撑。加快推进门诊费用异地就医直接结算，并同步纳入智能监控管理。

**第三十条** 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。

**第三十一条** 完善与门诊共济保障相适应的付费机制。建立完善门诊共济医保支付方式。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；对不宜打包付费

的门诊费用，可按照项目付费；对日间手术及符合条件的门诊特殊病种，推行按照病种或者按照疾病诊断相关分组付费。科学合理确定医保药品支付标准，引导医疗机构和患者优先使用国家和我省（含我省参与的省际联盟）集采中选药品、协议期内谈判药品等疗效确切、价格适宜的药品。改革完善支付体系，以高血压、糖尿病等慢性病为切入点，加强重点人群健康管理，为实现日常疾病在基层解决创造有利条件。

## 第八章 组织实施

**第三十二条** 各地要将此项改革工作纳入保障和改善民生的重点任务，切实加强领导，建立沟通协调和督导落实机制，抓好工作落实。市医保局、市财政局要会同相关部门加强工作指导，上下联动，形成合力。

**第三十三条** 医保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；卫健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，做好处方流转及处方评价工作，推进长处方规范管理工作，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；人社部门要及时提供退休人员基本养老保险平均水平等相关数据；药品监管部门和市场监管部门要依职责加强药品生产、流通环节监管，严厉打击倒卖药品等违法行为；税务部门要做好职工医保费的征收工作。

**第三十四条** 各地要广泛开展宣传，准确解读政策，合理引导预期，凝聚改革共识。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。要建立舆情监测和处置机制，及时回应社会关切，营造良好舆论氛围。

## 第九章 附 则

**第三十五条** 本实施细则由市医保局负责解释。市医保局可以根据国家和省有关部署、医保基金支付能力、医学技术发展等情况，会同市财政局适时对门诊共济保障和个人账户相关政策进行调整，调整方案报市人民政府批准后实施。

**第三十六条** 本实施细则自 2023 年 1 月 1 日起施行，有效期 5 年。此前出台的规定与本实施细则不一致的，按照本实施细则执行。国家、省有新规定的，依照其规定。

---

抄送：市委各部门，咸宁军分区，各人民团体。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市监委，  
市法院，市检察院。

---

咸宁市人民政府办公室

2022年12月30日印发

---