

# 市政府关于印发宿迁市职工基本医疗保险 门诊共济保障机制实施细则的通知

宿政办规〔2025〕1号

各县、区人民政府，市各开发区、新区、园区管委会，市各委、办、局，市各直属单位：

《宿迁市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》已经市政府六届四十六次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻落实。

宿迁市人民政府办公室

2025年1月15日

（此件公开发布）

## 宿迁市职工基本医疗保险 门诊共济保障机制实施细则

**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制度，更好地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）、《江苏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》（苏政办发〔2021〕108号）等有关规定，结合本市实际，制定本实施细则。

**第二条** 本实施细则适用于宿迁市职工基本医疗保险（以下简称：职工医保）参保人员，在门诊就诊过程中发生的医疗费用分担以及个人账户的管理。

**第三条** 医疗保障部门负责职工医保门诊保障的政策制定、组织实施和监督管理工作。

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。

财政部门依照社会保险基金财务制度做好基金的财政专户管理、财务监督等相关工作。

**第四条** 在一个自然年度内，参保人员在定点医疗机构发生

的符合基本医疗保险政策范围内的普通门诊费用，超过起付标准的，纳入门诊统筹基金支付范围。

**第五条** 参保人员普通门诊就诊累计计算起付标准，在职职工起付标准为 650 元，退休人员起付标准为 500 元。

**第六条** 职工普通门诊政策范围内费用统筹基金支付比例按照以下规定执行：

（一）一级及以下定点医疗机构（含村卫生室、社区卫生服务站等）为 70%；

（二）二级定点医疗机构为 65%；

（三）三级定点医疗机构为 60%。

退休人员在上述基础上提高 5 个百分点。

**第七条** 普通门诊政策范围内费用统筹基金年度最高支付限额为 6000 元。

**第八条** 市医疗保障部门会同市财政部门，根据本市经济社会发展水平以及医保基金支付能力，调整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。

**第九条** 按照全省统一的门诊慢性病、特殊病（以下简称门诊慢特病）制度逐步规范门诊慢特病病种范围，原则上不再自行增加门诊慢特病病种，逐步实现符合规定的门诊慢特病保障由病种保障向费用保障过渡。

**第十条** 本市范围内原有职工门诊慢性病病种范围和待遇

政策暂时保持不变，门诊慢性病年度最高支付限额计入门诊统筹年度最高支付限额。

原有门诊慢性病患者在原门诊慢性病年度最高支付限额内不设起付标准，按 90%比例报销政策范围内费用；超出原门诊慢性病年度限额的门诊费用，按照门诊统筹保障待遇执行。

原则上不再认定新的职工门诊慢性病人员，统一执行门诊统筹待遇。

**第十一条** 执行全省统一的门诊特殊病保障政策。本市范围内原门诊特殊病病种与省统一门诊特殊病病种一致的，待遇标准低于住院待遇标准，按照住院待遇标准执行。待遇标准高于住院待遇标准的，按照原标准执行。全省统一门诊特殊病病种范围之外的本市原有门诊特殊病病种继续保留，待遇标准按照不低于住院待遇标准执行。门诊特殊病和住院共用年度支付限额。

**第十二条** 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，计入标准按照本人参保缴费基数 2%执行，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

灵活就业人员个人账户每月按照本人参保缴费基数的 2%计入。

退休人员个人账户按照省规定的额度计入。

**第十三条** 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，提高参保人员待遇。

**第十四条** 个人账户资金主要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。

**第十五条** 个人账户资金可以用于支付以下范围的费用：

（一）支付在本省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。

（二）缴纳参保人员本人参加本省职工大额医疗费用补助（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本省城乡居民医保、长期护理保险等的个人缴费。

（三）购买符合规定的与基本医疗保险相衔接的商业医疗保险产品。

**第十六条** 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。

**第十七条** 个人账户余额可以结转使用和按照相关规定继承。

**第十八条** 参保人员及其配偶、父母、子女在定点医药机构就医或者配药时所发生的个人自付费用，可以使用参保人员医保凭证（社会保障卡、医保电子凭证等）结算个人账户。

**第十九条** 参保人员及其配偶、父母、子女参加个人城乡居

民基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、长期护理保险等的个人缴费，由经办机构按照规定划扣或者使用医保凭证结算。

**第二十条** 推进门诊医疗费用异地就医直接结算。

退休异地安置人员、长期驻外工作人员以及按照规定转诊异地就医的参保人员，可以在备案后到异地定点医疗机构就医，门诊医疗费用实行联网直接结算。

就医时未能联网结算的，凭其医保凭证、医疗费用发票、费用明细、病历等材料到医保经办机构手工报销。

未办理异地就医转诊手续的参保人员，在异地定点医疗机构发生的政策范围内门诊费用支付比例下降 20 个百分点。因突发急、危、重病抢救或者医疗机构认为必须立即治疗，就近在非参保地医疗机构发生的急诊医疗费用，不降低支付比例。

**第二十一条** “互联网+”门诊医疗服务按规定纳入医保定点范围，产生的政策范围内费用按照互联网医院依托的实体定点医疗机构等级进行结算报销。

**第二十二条** 推进门诊支付方式改革，探索按人头包干结合门诊病例分组（APG）等付费方式，引导医疗机构和患者主动使用疗效确切、价格合理的药品。

**第二十三条** 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，严格医保定点服务协议管理，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

**第二十四条** 加强医保基金稽核制度和内控制度建设。加强对个人账户使用、结算等环节的审核，防止个人账户套现、超范围使用等违规现象发生。强化医疗行为和医疗费用监管，严肃查处门诊过度医疗、不合理用药等违法违规行为。

**第二十五条** 本实施细则自 2025 年 3 月 1 日起施行，有效期至 2030 年 2 月 28 日。2025 年 1 月 1 日至 2025 年 2 月 28 日期间，参照本办法执行。