

# 南京市人民政府文件

宁政规字〔2022〕5号

---

## 市政府关于印发南京市职工基本医疗保险 门诊共济保障机制实施办法的通知

各区人民政府，市府各委办局，市各直属单位：

现将《南京市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法》印发给你们，请结合实际认真贯彻执行。



（此件公开发布）

# 南京市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法

## 第一章 总 则

**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《省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）要求，结合本市实际，制定本实施办法。

**第二条** 按照“统筹联动、政策衔接、公平高效、收支平衡”的原则，健全完善职工医保门诊共济保障机制，改革职工医保个人账户，提高医保基金使用效率，逐步减轻参保人员医疗费用负担，提高医疗保障制度的公平性、可及性。

**第三条** 本实施办法适用于本市职工医保参保人员（以下称“参保人员”）。

**第四条** 市医疗保障部门负责本市职工医保门诊共济保障

机制的建立并组织实施；市卫生健康部门负责协同推进医疗服务体系建设、完善家庭医生签约服务、规范长期处方管理等；市财政等有关部门负责按职能做好门诊共济保障机制相关工作。

## 第二章 个人账户

### 第五条 调整职工医保个人账户计入办法。

2023年1月1日起，职工医保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，缴纳标准为本人参保缴费基数的2%；职工医保已退休（退职）人员（以下称“退休人员”）、建国前老工人个人账户以2022年12月本人个人账户划拨金额为标准，按月定额划入。2023年当年新退休人员以退休当月养老金的5.4%核准划账金额，按月定额划入。

2024年1月1日起，退休人员个人账户划入额度为养老金的2.5%；建国前老工人个人账户仍以2022年12月本人个人账户划拨金额为标准，按月定额划入。

**第六条** 参保人员在职转退休的，在完成办理有关手续后，次月起按照退休人员个人账户计入办法执行。

### 第七条 个人账户资金可以结转使用和继承。

实行个人账户健康激励。本市参保人员一个自然年度未发

生职工医保统筹基金（以下称“统筹基金”）支付的（含医疗费用零星报销，不含门诊诊察费、一般诊疗费及核酸检测统筹基金支付），次年增加个人账户划入 200 元，连续 2 年未发生统筹基金支付的再增加划入 100 元，以此类推，最高不超过 500 元。

**第八条** 个人账户可以用于支付下列费用：

（一）参保人员在定点医疗机构发生的由个人负担的医疗费用，包括生育保险支付后个人负担的生育医疗费用；

（二）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费用；

（三）参保人员签约家庭医生由个人负担的服务费；

（四）参保人员在定点医疗机构发生的符合国家医保药品分类与代码管理的非免疫规划疫苗费用；

（五）参保人员参加失能人员照护保险个人缴费；

（六）参保人员在定点医疗机构发生的健康体检费用；

（七）参保人员的配偶、父母、子女参加本市城乡居民基本医疗保险个人缴费；

（八）参保人员个人账户资金结余部分，可以按照规定共济给参保人员的配偶、父母、子女在个人账户使用范围内使用；

（九）参保人员个人账户资金结余部分，可以按照规定用于为本人及参加本市基本医疗保险的配偶、父母、子女购买商

业健康补充医疗保险；

（十）其他国家和省规定个人账户可以支付的费用。

**第九条** 个人账户支付的医疗器械和医用耗材范围按照省统一规定执行。

**第十条** 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。

**第十一条** 个人账户通过社会保障卡或者医保电子凭证直接结算。个人账户余额随本人职工医保关系跨统筹区转移时同步转移。参保人死亡、出国定居、转为其他医疗保障待遇的，其个人账户余额可以一次性支取。

### 第三章 门诊共济待遇

**第十二条** 为增强职工医保门诊保障能力，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金，用于提高参保人员门诊等保障待遇。

**第十三条** 一个自然年度内，参保人员在定点医疗机构发生的符合国家、省和市规定的职工医保支付范围的门诊医疗费用，由统筹基金和个人共同负担。其中，需个人先行支付的部分，由个人先按规定比例自付后，再按照规定的待遇政策执行。

**第十四条** 健全完善职工医保门诊统筹制度。一个自然年

度内发生的符合职工医保支付范围的门诊医疗费用，按照下列规定实行分段计算、累加支付：

（一）1000 元（含）以下部分：在职人员统筹基金支付比例为社区医疗机构 50%，非社区医疗机构 40%；70 周岁（不含）以下退休人员统筹基金支付比例为社区医疗机构 55%，非社区医疗机构 45%；70 周岁（含）以上退休人员统筹基金支付比例为社区医疗机构 60%，非社区医疗机构 50%；

（二）1000 元（不含）至 5000 元（含）部分：在职人员统筹基金支付比例为社区医疗机构 70%，非社区医疗机构 60%；70 周岁（不含）以下退休人员统筹基金支付比例为社区医疗机构 80%，非社区医疗机构 70%；70 周岁（含）以上退休人员统筹基金支付比例为社区医疗机构 85%，非社区医疗机构 75%；

（三）5000 元（不含）至 15000 元（含）部分：在职人员统筹基金支付比例为社区医疗机构 75%，非社区医疗机构 65%；70 周岁（不含）以下退休人员统筹基金支付比例为社区医疗机构 85%，非社区医疗机构 75%；70 周岁（含）以上退休人员统筹基金支付比例为社区医疗机构 90%，非社区医疗机构 80%。

建国前老工人在定点医疗机构发生的符合职工医保支付范围的门诊医疗费用，15000 元（含）以下部分，统筹基金支付比例为社区医疗机构 100%，非社区医疗机构 95%。

**第十五条** 门诊诊察费、一般诊疗费、核酸检测基金支付部分不计入门诊统筹起付标准和支付限额。

**第十六条** 优化门诊特殊病种保障政策。对诊断明确、病情相对稳定、医疗费用相对较重，适合在门诊治疗的疾病，纳入门诊特殊病保障范围。具体待遇政策另行制定。

**第十七条** 健全完善国家谈判药品“双通道”用药保障机制，参保人员在国家谈判药品定点医药机构购买的“双通道”药品，按照规定享受门诊有关保障待遇。做好抗肿瘤药品、单独支付药品与门诊统筹、门诊特殊病种政策衔接。

**第十八条** 参保人员办理职工医保待遇在职转退休有关手续次月起，享受退休人员门诊待遇；到达待遇享受年龄次月起，享受到达年龄段门诊待遇。

**第十九条** 推进门诊费用异地就医直接结算。长期异地居住人员、临时外出就医人员发生的门诊医疗费用按照参保地门诊待遇政策执行，按照规定办理异地就医备案后，可以按照国家、省、市规定，在备案地联网按照规定刷卡结算门诊有关医疗费用。

#### **第四章 医疗服务与就医管理**

**第二十条** 健全与门诊共济保障机制相适应的医保门诊支

付方式。依托基层医疗机构，探索门诊服务按人头付费，将按人头付费与慢性病管理相结合；不宜打包付费的门诊费用，可以按项目付费。

**第二十一条** 科学合理确定医保药品支付标准。引导医疗机构和参保人员主动使用价格合理的国家基本药物、国家和省集中带量采购药品。鼓励定点零售药店自愿参加国家和省药品集中带量采购。做好慢性疾病药品医保支付政策衔接。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。

**第二十二条** 实行定点医药机构分级分类管理，根据医药机构服务能力和布局，确定定点医药机构门诊服务范围。对门诊特殊病种等实行按病种定点医药机构就诊管理。完善定点医药机构协议管理，将门诊医药服务纳入协议管理内容。

**第二十三条** 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。选择资质合规、管理规范、信誉良好、布局合理的零售药店，开展谈判药品“双通道”管理。支持外配处方在定点零售药店结算和配药，并建立处方流转平台，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，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用。

**第二十四条** 参保人员在定点医药机构发生的门诊医疗费用，应当由个人承担的部分，由个人直接与定点医药机构结算；



应当由医保基金承担的部分，由经办机构与定点医药机构结算。

**第二十五条** 提高公共服务水平，加快医疗保障信息平台建设，畅通线上线下办事渠道，实现基本医保、大病保险、医疗救助、普惠型商业健康补充医疗保险“一站式”结算。

## 第五章 监督管理

**第二十六条** 强化对医疗行为和医疗费用的监管，严肃查处门诊违反诊疗规范、过度医疗、超量开药、重复开药、违规收费等违规行为。加强医保基金稽核制度和内控制度建设。强化异地就医门诊费用联动监管。

**第二十七条** 建立医疗服务监控预警机制，常态化监测医药费用增长快、次均费用高、自费占比高等异常指标，引导定点医疗机构规范诊疗服务。

**第二十八条** 将职工医保门诊基金使用情况按照社会信用法律、法规规定，纳入定点医药机构和参保人员医保信用信息管理。

**第二十九条** 健全完善个人账户使用管理办法，做好收支信息统计，全面掌握个人账户使用流向和门诊医疗费用保障具体情况。建立医保基金安全防控机制以及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，防止个

人账户套现、超范围使用等违规现象。

**第三十条** 将门诊医疗费用纳入医保基金智能监控范围，完善智能监控系统知识库和规则库，健全门诊费用智能监控手段，充分运用大数据、人工智能等新技术，实现智能监控疑点早发现和早处理，打击欺诈骗保违规行为，提高医保基金综合监管水平，确保医保基金安全高效、合理使用。

## 第六章 附 则

**第三十一条** 按照国家、省有关规定及本市职工医保基金运行情况，市医疗保障局会同市财政局适时调整本市职工医保门诊共济保障政策。

**第三十二条** 本实施办法自 2023 年 1 月 1 日施行，有效期至 2027 年 12 月 31 日。本市其他政策与本实施办法不一致的，按照本实施办法执行。



---

抄送：市委各部门，市人大常委会办公厅，市政协办公厅，市监委，  
市法院，市检察院，南京警备区。

---

南京市人民政府办公厅

2022年12月27日印发

---