

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

(征求意见稿)

各市、县(市、区)人民政府，省各委办厅局，省各直属单位：

为贯彻落实《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)，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，结合我省实际，现提出如下实施意见。

一、总体要求

认真贯彻落实党中央、省委关于深化医疗保障制度改革决策部署要求，既尽力而为、又量力而行，坚持人人尽责、人人享有，完善制度、引导预期，加快医疗保障重点领域和关键环节改革，将门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围，改革职工医保个人账户，建立健全职工医保门诊共济保障机制，提高医保基金使用效率，逐步减轻参保人员医疗费用负担，实现制度更加公平更可持续。

二、基本原则

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。坚持因地制宜，在国家和省整体设计基础上，鼓励地方从实际出发，积极探索增强职工医保门诊保障的有效途径。

三、主要措施

（一）建立并完善职工医保普通门诊费用统筹保障机制（以下简称门诊统筹），增强门诊共济保障功能

门诊统筹覆盖职工医保全体参保人员，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，政策范围内医疗费用统筹基金支付比例不低于 50%，科学设置不同级别医疗机构差异化医保支付比例。待遇支付可适当向退休人员倾斜。2022 年底前，所有统筹地区要全面建立职工医保门诊统筹。

统筹考虑地区经济社会发展水平，按年度合理设置政策范围内医疗费用的起付标准和最高支付限额。原则上，要通过降低起付标准，提高最高支付限额，并随着个人账户计入办法的逐步调整和统筹基金承受能力增强，逐步提高门诊统筹待遇水平。2023 年 1 月 1 日起，起付标准调整到不高于统筹地区 2021 年度全口径城镇单位就业人员年平均工资的 1%；最高支付限额调整到统筹地区 2021 年度全口径城镇单位就业人员年平均工资的 8% 左右，并根据经济社会发展情况实行动态调整。全口径城镇单位就业人员平均工资，以统计部门提供的数据为准。做好与住院费用

支付政策的衔接。同步完善城乡居民基本医疗保险门诊统筹，并逐步提高保障水平。

支持外配处方在定点零售药店结算和配药，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，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。

（二）规范职工医保门诊慢性病、特殊病（以下简称门诊慢特病）保障

建立全省统一的门诊慢特病制度，逐步统一全省门诊慢特病病种范围。将部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的疾病门诊费用纳入门诊慢性病保障范围，对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊疾病治疗，可参照住院待遇进行管理。各统筹地区按照全省统一的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。不断健全门诊共济保障机制，各统筹地区对改革后门诊统筹待遇水平高于现有门诊慢性病保障水平的门诊慢性病病种，应过渡到按门诊统筹保障。

（三）改进个人账户计入办法

科学合理确定个人账户计入办法和计入水平。2023年1月1日起，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的2%，单位缴纳的基本医疗保

险费全部计入统筹基金；2023年1月1日起，退休人员个人账户按照2022年12月本人个人账户划拨金额按月定额划入，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%。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。

（四）规范个人账户使用范围

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，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。医疗器械和医用耗材的范围由省统一制定。个人账户资金可以用于参保人员参加职工大额医疗费用补助（或大病保险）、长期护理保险等的个人缴费，探索个人账户用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。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。

四、配套机制

（一）加强医保基金监督管理

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。强化对医疗

行为和医疗费用的监管，严肃查处门诊过度医疗、不合理用药等违法违规行为。加强基金稽核制度和内控制度建设。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。将门诊统筹基金使用情况纳入定点医药机构和参保人员医保信用信息管理。建立医保基金安全防控机制以及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，防止个人账户套现、超范围使用等违规现象。将门诊医疗费用纳入全省统一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，保持打击欺诈骗保高压态势，提高基金综合监管水平，确保基金安全高效、合理使用。

（二）优化医药服务管理和医保公共服务

建立健全国家谈判药品“双通道”用药保障机制，积极推进谈判药品落地，做好单行支付药品费用与门诊统筹政策衔接。科学合理确定医保药品支付标准，引导医疗机构和患者主动使用价格合理的国家基本药物、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。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。

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。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。发挥门诊共济保障机制作用和改革系统集成作用，促进基层医疗卫生服务体系健全完善。通过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。加快全省统一的医疗保障信息平台建设，推进门诊费用异地就医直接结算。

（三）完善与门诊共济保障相适应的付费机制

严格执行医保基金预算管理制度，完善门诊统筹基金总额预算管理，深化与门诊共济保障机制相适应的门诊医保支付方式改革。针对门诊医疗服务特点，创新医保支付政策和管理。对基层医疗机构门诊服务，实行按人头付费为主的付费方式；对门诊慢特病，积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合；对日间手术及符合条件的门诊特殊病种，推行按病种或按疾病诊断相关分组付费；对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。

五、组织实施

（一）加强组织领导。建立健全职工医保门诊共济保障机制是深化医疗保障制度改革的重要内容，涉及广大参保人员切身利益，政策性和技术性强。各设区市人民政府要高度重视，切实加强领导，建立协调机制，抓好工作落实。省医保局、财政厅要会同相关部门加强对各设区市的工作指导，上下联动，形成合力。

(二)积极稳妥推进。各设区市人民政府要按照本意见要求，统筹安排，科学决策，在2022年9月底前出台具体实施细则，推进改革举措落实，稳步实现改革目标。要结合本地实际，按照门诊共济改革三年行动方案，进一步明确和细化政策规定，妥善处理改革前后的政策衔接，确保参保人员待遇平稳过渡，已经开展相关工作的要进一步规范政策标准，尚未开展相关工作的要积极稳妥启动实施。

(三)注重宣传引导。要创新宣传方式，丰富宣传手段，广泛开展宣传，准确解读政策。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，积极主动回应社会关切，营造良好舆论氛围。