关于健全职工基本医疗保险门诊

共济保障制度的实施办法

（公开征求意见稿）

 为健全完善我市职工基本医疗保险（以下简称职工医保）门诊共济保障制度，巩固互助共济、责任共担机制，提高职工医保参保人员门诊医疗保障水平，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），制定以下实施办法。

1. 总体要求
2. 指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会以及市委十一届九次、十次全会精神，坚持以人民为中心，加快医疗保障重点领域和关键环节改革，通过改革职工医保个人账户、提高门诊医疗保障水平、规范个人账户使用范围等方式，进一步健全门诊共济保障功能，增强基金保障能力和使用效率，推进职工医保更加公平、更可持续。

（二）基本原则。坚持保障基本，结合实际合理确定门诊保障待遇，维护基本医疗保障需求。坚持平稳过渡，做好改革新增举措和存量政策的平稳过渡，确保改革前后待遇顺畅衔接。坚持协同联动，做好改进个人账户和加强门诊共济保障之间机制转化、系统集成，同步完善城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）门诊保障机制。

1. 主要措施

（三）改革个人账户计入办法。按照统账结合模式参保的在职人员，职工医保个人账户由个人缴纳的职工医保费计入，计入标准为本人参保缴费基数的2%，单位缴费部分全部计入职工医保统筹基金；退休人员个人账户继续由职工医保统筹基金按定额划入，具体标准为70周岁以下40元/月、70周岁（含）以上50元/月、建国前老工人60元/月。

（四）动态调整门（急）诊起付标准。职工医保在职人员门（急）诊起付标准，按照上一年度公布的我市职工年平均工资的1%左右确定；继续实行向退休人员倾斜的政策，70周岁以下和70周岁（含）以上退休人员的门（急）诊起付标准，分别较在职人员降低100元和150元。职工医保和居民医保参保人员当年政策范围内门（急）诊费用未超过起付标准的，次年不再调整起付标准。2022年在职人员、70周岁以下和70周岁（含）以上退休人员的门（急）诊起付标准继续为800元、700元和650元；以后年度，由市医疗保障局会同市财政局按年度确定后发布。

（五）提高门（急）诊最高支付限额。2022年1月起职工医保门（急）诊最高支付限额调整为9000元。其中，起付标准至5500元（含）的部分，支付比例在一、二、三级医院分别为75%、65%、55%；5500元以上至最高支付限额以下的部分，支付比例为55%。

参保人员在定点零售药店因门（急）诊、门诊特定疾病购药，起付标准、支付比例和最高支付限额按照外配处方的定点医疗机构相关报销规定执行。

（六）规范个人账户使用范围。职工医保个人账户不再实施注资管理，主要用于支付本人在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内个人负担的费用，可以用于支付在定点医疗机构就医诊疗或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。自2022年7月1日起，可以用于支付参保人员的配偶、父母、子女在定点医疗机构或定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的应由个人负担的费用，以及本人及其配偶、父母、子女参加本市居民医保、长期护理保险等的个人缴费。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。

（七）加强监督管理。严格执行医保基金预算管理制度，加强预算执行监督。加强对个人账户使用、结算等环节审核，做好运行监测和收支信息统计分析。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。加快推进异地就医门诊费用直接结算工作，稳步扩大联通地区、机构和结算服务范围。加快推动基层医疗服务体系建设，巩固完善家庭医生签约服务，规范长期处方管理，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。

（八）完善与门诊共济保障相适应的付费机制。全面推行区域点数法总额预算管理下的门诊按人头付、住院按病种付费、按床日付费等多元复合式医保支付方式，建立区域医疗费用总额增长与医保基金收入增长相适应的调控机制。按照国家要求，动态调整医保药品目录，科学合理确定医保支付标准，引导主动使用疗效确切、价格合理的药品。

三、组织实施

（九）加强组织领导。健全职工医保门诊共济保障机制政策性和技术性强，涉及广大参保人员切身利益，社会高度关注。各区人民政府和医保、财政、人社、税务等有关部门要高度重视，切实加强组织领导，强化部门协同，抓好工作落实，确保改革目标任务按期完成。

（十）精心推动实施。各区人民政府和各相关部门要健全改革推进机制，进一步细化工作计划，压实工作责任，周密部署推动。要建立工作督导机制，合理确定改革节奏，督导工作进度，确保改革到位和待遇落实。要及时开展阶段性总结评估，分析改革效果，解决运行问题。改革工作中遇有重大事项要及时向市人民政府报告。

（十一）注重宣传引导。各区人民政府和有关部门要采取电视、电台、报刊等方式，加强政策正面解读，持续正向发声，讲清改革安排和政策效果。要针对热点和敏感问题，积极回应社会关切，充分调动社会各界参与改革积极性和主动性，凝聚社会共识，构建群策群力的良好社会氛围。

本办法自\*年\*月\*日起施行，\*年\*月\*日废止，有效期5年。

起草说明

 一、起草背景和过程

 今年4月，国务院办公厅印发《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，以下简称国家文件），明确增强门诊共济保障功能、改进个人账户计入办法、规范个人账户使用范围等五方面重点改革措施。2001年11月，我市启动职工医保制度改革之初，就在全国较早的建立普通门诊统筹制度，但尚需按照国家文件，进一步改革完善相关政策措施，更加健全门诊共济保障机制。

 为抓好国家文件在我市贯彻落实工作，结合我市实际，我们牵头起草了《办法》，已征求意见，并修改完善。

 二、主要内容

《办法》主要包括三部分内容，具体如下：

第一方面，总体要求。主要明确推动工作的指导思想，并要求坚持保障基本、平稳过渡、协同联动三项基本原则推进改革。

第二方面，主要措施。包括6项具体政策措施。

**一是改革个人账户计入办法。**目前，我市在职人员个人缴费部分（2%比例）已全部划入个人账户，单位缴费部分（10%比例），45周岁以下、以上分别按照0.8%、1.2%比例划入个人账户。按照国家文件要求，取消单位缴费部分划入个人账户，全部进入统筹基金。目前，我市退休人员个人账户已实行定额划入，符合国家文件定额划拨及标准要求。

**二是提高门（急）诊最高支付限额。**主要是将职工医保门（急）诊最高支付限额，由现行的7500元提高到9000元。其中，7500元（含）以下的部分，支付比例继续按现行标准执行；7500元以上至9000元（含）以下的部分，支付比例为55%。这项政策，主要是考虑降低个人账户划拨后，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。同步完善药店报销政策，参保人员在定点零售药店购药按照外配处方的定点医疗机构相关报销规定执行。

**三是动态调整门（急）诊起付标准。**主要是对职工医保起付标准按照上一年度所公布职工年均工资的1%确定，并适度向退休人员倾斜。这项政策，实现职工医保起付标准与经济社会发展水平挂钩。同时，建立动态调整机制，发挥起付标准报销“第一关”作用，引导门诊合理医疗消费，防止欺诈骗保。

**四是规范个人账户使用范围。**经市政府批准，2017年10月起，我市将个人账户70%注入本人医保卡金融账户，可以取现用于购买商保等费用。同时，个人账户仅能用于本人政策范围内个人负担费用，无法家庭共济。按照国家文件要求，重点做两项改革：**第一，**规范使用渠道。对职工医保个人账户不再实施注资管理，全部实行封闭管理。**第二，**建立共济机制。个人账户可以用于本人及家属（配偶、父母、子女）的在定点医疗机构就医诊疗或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，以及参加本市居民医保、长期护理保险等的个人缴费。考虑系统改造难度较大，分阶段落实相关政策措施，其中，2021年1月1起，实现参保人员本人相关政策要求，自2021年7月起，实现家庭共济功能。

**五是加强监督管理。**重点是加强对个人账户使用、结算等环节审核，强化对医疗行为和医疗费用的监管。

**六是完善与门诊共济保障相适应的付费机制。**重点是全面推行区域点数法总额预算管理下的门诊按人头付费、住院按病种付费、按床日付费等多元复合式医保支付方式，动态调整医保药品目录。

第三方面，组织实施。要求各相关部门，加强组织领导、精心推动实施，并注重宣传引导。