

附件

职工基本医疗保险门诊共济保障机制改革 宣传参考提纲

建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制，是深化医疗保障制度改革的重要任务。2022 年底，《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》（以下简称《实施意见》）经省政府第 96 次常务会议审议通过并由省政府办公厅印发（苏政办发〔2021〕108 号），对进一步健全互助共济、责任共担的职工医保制度，更好解决职工医保参保人员门诊保障问题，切实减轻群众医疗费用负担以及提高医保基金使用效率，实现制度更加公平更可持续具有重要意义。

一、《实施意见》出台的背景

医疗保障是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。经过 20 多年的改革发展，医疗保障已覆盖全民、并实行职工和居民分类保障。至 2021 年末，全省基本医保参保人数达 8064 万，其中职工医保 3246 万，职工医保和居民医保政策范围内住院医疗费用基金支付比例保持在 85% 和 70% 左右。

职工医保制度建立于上世纪 90 年代的“两江”试点，一直实

行社会统筹和个人账户相结合的保障模式。统筹基金由用人单位缴纳，个人账户由个人筹资和统筹基金划转两部分构成；统筹基金保障住院和门诊大病，个人账户保障门诊小病和药品的费用支出。制度运行 20 多年来，逐步凸显的矛盾是个人账户资金大量结余，门诊统筹保障功能不足，统筹共济的制度优势没有得到充分显现。对标新时代医疗保障制度改革的要求，迫切需要增强门诊共济保障水平，改革个人账户，提高医保基金使用效率。

《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）和省委、省政府实施意见均明确“改革职工基本医疗保险个人账户，建立健全门诊共济保障机制”的改革任务。去年 4 月，国务院办公厅出台了《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《指导意见》），国家医保局印发了《建立健全职工医保门诊共济保障机制三年行动方案（2021-2023年）》。主要精神是，利用 3 年左右的时间，通过调整统筹基金和个人账户结构，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，推动职工医保门诊保障由个人积累式的保障模式转向社会互助共济保障模式，减轻群众特别是退休人员的门诊医药费用负担。为此，去年 12 月 24 日，省政府第 96 次常务会议，审议通过《实施意见》，12 月 27 日以省政府办公厅名义正式印发。

二、《实施意见》主要政策

（一）建立并完善职工医保门诊统筹，增强门诊共济保障功能。主要包括三项措施：**一是**全面建立制度。2022 年底前，所有统筹地区要全面建立职工医保门诊统筹，覆盖职工医保全体参保人员。**二是**提高待遇水平。目前已建立门诊统筹的地区，要通过改革，进一步降低起付标准，提高最高支付限额，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，政策范围内医疗费用统筹基金支付比例不低于 60%，比国家《指导意见》规定的“不低于 50%”提高 10 个百分点。**三是**拓展保障形式。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特病保障。主要包括两项措施：**一是**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。**二是**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，逐步过渡到按门诊统筹保障。

（三）改进个人账户计入办法。主要包括两项措施：**一是在**

职人员从**2023年1月1日**，调整为本人参保缴费基数**的2%**。**二是**退休人员的个人账户，按照国家《指导意见》“逐步调整到统筹地区根据本意见实施改革当年基本养老金平均水平**2%左右**”的要求，个人账户划入比例就高确定为**2.5%**。同时**2022年**“个人账户划转办法保持不变”，**2023年**“维持**2022年**规模不变”，到**2024年1月1日**起“按国家要求改革到位”，利用三年过渡期合理引导预期，确保平稳实施。

（四）规范个人账户使用范围。个人账户资金在主要用于支付本人在定点医药机构发生的政策范围内自付费用的基础上，逐步实现家庭成员共济。主要包括三项措施：**一是**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。**二是**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。**三是**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。

此外，为确保门诊共济保障机制的平稳运行，《实施意见》明确建立三项“配套机制”：**一是**加强医保基金监督管理，将门诊医疗费用纳入全省统一的医保基金智能监控范围，确保基金安全

高效、合理使用。**二是**优化医药服务管理和医保公共服务，发挥医保基金战略性购买作用，支持基层医疗服务体系健全完善，优化医疗资源配置，方便群众就近享受医疗服务。**三是**完善与门诊共济保障相适应的付费机制，引导医疗机构提供适宜的医疗服务。

三、政策十问（参考）

1、国家对建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制有何部署要求？

答：去年4月，国务院办公厅出台了《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《指导意见》），国家医保局印发了《建立健全职工医保门诊共济保障机制三年行动方案（2021-2023年）》（以下简称“三年行动方案”）。主要精神是，利用3年左右的时间，通过调整统筹基金和个人账户结构，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，推动职工医保门诊保障由个人积累式的保障模式转向社会互助共济保障模式，减轻群众特别是退休人员的门诊医药费用负担。

2、我省《实施意见》贯彻落实国家要求的时间安排？

答：按照《指导意见》和国家“三年行动方案”的要求，我省2021年年底前出台了《实施意见》。贯彻落实国家要求的具体时间安排是：2022年9月底前各设区市出台实施细则，2022年年底所有统筹地区要全面建立职工医保门诊统筹；2023年1月

1 日起，提高门诊统筹待遇水平，同时，对在职职工和退休人员个人账户进行调整，2023 年底改革到位。

3、改革后职工医保参保人员能享受到什么样的门诊统筹待遇？

答：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。**一是**政策范围内医疗费用统筹基金支付比例不低于**60%**，比国家《指导意见》规定的“不低于**50%**”提高了**10**个百分点。**二是**降低起付标准，**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%**。**三是**提高最高支付限额，**2023 年 1 月 1 日起**，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。同时，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。

4、改革后门诊慢性病特殊病待遇如何调整？

答：《实施意见》明确，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，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。

5、如何改进个人账户计入办法？

答：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年本人个人账户划拨规模按月定额划入，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%，按照国家《指导意见》“2%左右”的要求就高确定。

6、个人账户家庭成员共济是指什么？

答：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。改革后，个人账户主要在三个方面实现家庭成员共济：**一是**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；**二是**可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女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；**三是**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。

7、改革对参保人员有何利好，对老年退休人员有什么特殊保障？

答：门诊共济保障机制改革统筹考虑落实应对人口老龄化等战略，采取了三方面措施，提升退休人员保障水平。**一是**明确门诊统筹待遇可适当向退休人员倾斜。**二是**针对老年人慢性病、特殊病发生率比较高的情况，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。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。**三是**个人账户可以家庭共济，老年退休人员个人账户不够用时，可以通过与参加职工医保的子女的个人账户实行家庭共济，减轻老年人医疗费用负担。

8、在加强个人账户使用和门诊就医管理方面有哪些措施？

答：一方面，《实施意见》明确，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；另一方面，《实施意见》明确，加强医保基金监管，将门诊医疗费用纳入全省统一的医保基金智能监控范围，严格落实《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规，严防个人账户套现、超范围使用等违规现象。

9、改革对提高参保人员医疗服务可及性有哪些措施？

答：**一是**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，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。**二是**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，做好单独支付药品费用与门诊统筹政策衔接，探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。**三是**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，引导非急诊参保人员在基层医疗卫生机构就医首诊。

10、门诊支付方式改革如何适应门诊共济保障机制改革的要求？

答：《实施意见》明确，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，探索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。