鞍山市建立健全职工基本医疗保险

门诊共济保障机制实施方案

（征求意见稿）

　　为贯彻落实国务院、辽宁省人民政府关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的有关文件精神和工作安排部署，进一步完善我市职工基本医疗保险（以下简称职工医保）制度，更好地解决职工医保参保人门诊保障问题，结合鞍山实际，制定本实施方案。

　　一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻落实《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）和辽宁省委、省政府《贯彻落实<中共中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的意见>若干措施》（辽委发〔2021〕9号）精神，按照既尽力而为又量力而行的要求，坚持人人尽责、人人享有，完善制度、引导预期，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，建立健全门诊共济保障机制，强化基本医疗保险互助共济功能，提高医保基金使用效率，逐步减轻参保人员医疗费用负担，推动医疗保障制度更加公平、更可持续发展。

二、基本原则

（一）坚持保障基本、动态调整。门诊共济保障待遇应与我市经济社会发展水平和城乡居民实际生活水平相适应，在保障基本医疗需求的基础上，结合医保基金收支情况，适时适度提高保障待遇水平，使参保人员分享医保改革红利。

（二）坚持平稳过渡、有序推进。做好门诊共济保障机制建立前后各项工作的衔接矛盾排查工作，妥善处理机制建立初期及制度运行后面临的各类问题，科学制定工作预案和计划，切实维护参保人员权益，确保新制度平稳入轨运行。

（三）坚持系统规划、统筹实施。将实施职工医保普通门诊统筹、改进个人账户计入办法与健全基本医疗保险体系同步规划、同步推进，完善基本医疗保险各项配套政策措施；同步完善城乡居民基本医疗保险门诊统筹制度，逐步提高保障水平。

（四）坚持部门联动，信息共享。把建立健全普通门诊统筹政策、完善基本医疗保障制度纳入“健康鞍山”建设发展的总体规划和制度体系，推进建立数据共享机制，畅通部门之间沟通协调渠道，切实提升参保人经办事项的便捷性。

　　三、工作安排

**（一）建立职工医保普通门诊统筹机制**

自2022年11月1日起，建立职工医保普通门诊统筹机制。将我市职工医保全体参保人（含灵活就业医保人员、单建统筹人员，以下同）在定点医疗机构普通门诊发生的政策范围内医疗费用纳入统筹基金支付范围。

自然年度内，职工医保参保人在门诊就医发生的政策范围内医疗费用累计超过起付标准400元以上的部分纳入统筹基金支付范围。在职职工统筹基金支付比例：一级及以下定点医疗机构60%，二级定点医疗机构55%，三级及以上定点医疗机构50%，传染病、精神疾病等专科定点医疗机构60%。退休职工统筹基金支付比例相应提高10个百分点。职工医保的普通门诊统筹基金年度最高支付限额为3000元。

**（二）探索拓展门诊统筹保障服务**

门诊统筹实行定点就医管理。我市行政区域内符合准入条件的定点医疗机构可向医保经办机构主动申请成为普通门诊统筹定点医疗机构。门诊统筹定点医疗机构准入及日常管理工作由市医疗保障事务服务中心负责，具体管理办法另行制定。

支持外配处方在定点零售药店结算和配药，推进定点医疗机构门诊就医信息与定点零售药店药方购药的信息共享。实现处方流转后，探索将符合准入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，充分发挥定点零售药店便民、可及作用。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。推进定点医药机构的药品、医用耗材和诊疗服务价格的规范化、科学化管理。

**（三）改进个人账户计入办法**

建立职工医保普通门诊统筹机制的同时，启动职工医保个人账户制度改革。

自2022年11月份起，用人单位缴纳的单位部分基本医疗保险费全部计入统筹基金，用人单位在职职工的个人账户按照本人参保缴费基数的2%划入。同时，享受统账结合待遇的退休职工个人账户按照定额划入，划入额度统一为实施改革当年（2022年）我市全口径基本养老金月平均水平的2%，即每人每月60元。

参加灵活就业人员医保和按照有关规定享受单建统筹职工医保的在职职工、退休人员，继续不建立个人账户但可享受职工医保门诊统筹待遇，其缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

**（四）拓宽个人账户使用范围**

健全个人账户使用管理办法，拓宽个人账户支付范围，有效盘活个人账户沉淀基金。

自2022年11月份起，个人账户资金可用于支付参保人本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的个人负担医疗费用，以及在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的个人负担费用。同时，推进实施个人账户资金用于支付本人、配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险、长期护理保险或与基本医疗保险相衔接的非理财性质商业补充医疗保险等个人承担的费用。个人账户不得用于公共卫生费用（国家政策允许的除外）、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。

**（五）规范门诊慢特病管理**

以建立全省统一的门诊慢特病保障机制为契机，贯彻落实全省统一的门诊慢特病准入标准、支付比例、病种限额及限额时限等。

进一步健全完善我市门诊慢特病政策，结合我市医保统筹基金收支结余情况和居民疾病谱变化情况，以省门诊慢特病病种库为框架，适时调增我市门诊慢特病病种范围。同时，进一步规范门诊慢特病的支付范围，将门诊发生的与病种诊疗相关的检查化验、药品以及医用耗材等医疗费用纳入门诊慢特病保障范围。统筹做好门诊慢特病、普通门诊和门诊使用特殊药品等政策的区分和衔接，合理确定职工医保、城乡居民医保两个险种的待遇水平。同时，随着门诊共济保障水平的不断提高，逐步推进由病种保障向费用保障过渡。

**（六）完善门诊统筹付费方式**

逐步完善与门诊共济保障相适应的医保统筹付费模式，探索实施多元化的门诊统筹支付方式。

对普通门诊服务，在按项目付费为主的基础上，积极探索实施门诊病例分组付费、点数法付费及门诊统筹签约人头付费等多种支付方式；对基层医疗服务，深入探索结合落实家庭医生签约服务付费机制，加强常见病、慢性病管理。按照国家、省有关规定，严格落实全省统一的医保药品支付标准，引导定点医药机构和患者主动使用疗效确切、价格合理的药品。依托国家医疗保障信息平台，加强门诊费用数据采集、统计和分析，为动态调整门诊统筹待遇和完善门诊付费方式奠定基础。

门诊统筹的具体支付方式和结算办法，按医保经办机构与定点医疗机构签订的医保服务协议相关规定执行。

**（七）加强监督管理**

建立健全与普通门诊统筹制度相适应的医保监管体系，引导医疗资源合理利用，确保医保基金安全稳定运行。

严格执行医保基金预算管理制度，加强基金稽核制度和内控制度建设。全面加强医保行政监管和经办稽核，强化对门诊费用的医保大数据智能监控及稽核检查，保持打击欺诈骗保高压态势，加大对过度诊疗、不合理用药、个人账户套现等违法违规问题的查处力度，确保基金安全高效、合理合规使用。建立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。各级医保部门通过准入和退出、绩效考核、信用评估等评价机制，强化对定点医药机构协议管理和门诊统筹医师备案管理，引导定点医药机构及其备案医师提供规范诊疗行为和用药保障服务。

　　四、保障措施

**（一）加强组织领导**

建立职工医保门诊共济保障机制是我市医疗保障制度建设的重大改革，政策性强，涉及面广，社会影响力大，直接关系到广大在职职工和退休职工切身利益。各地区、各有关部门要高度重视，切实加强组织领导，指派专人负责，落实工作责任，建立畅通高效的沟通协调机制和应急响应机制，确保各项改革平稳有序实施。

**（二）完善配套政策**

建立职工医保门诊共济保障机制是健全完善基本医疗保障制度体系的重要举措，要以建立职工医保门诊共济保障机制为契机，结合我市医疗保障制度运行及医保基金收支结余情况，进一步制定出台基本医疗保险参保、待遇标准和经办流程等配套政策，进一步完善涵盖普通门诊、门诊慢特病、住院等医疗类别的基本医疗保险制度。通过医疗保障政策的动态调整，稳步提高广大参保人的医疗保障待遇水平。

**（三）强化部门协同**

医疗保障部门要牵头做好建立职工医保门诊共济保障机制相关工作，逐步完善相关配套医保政策，及时更新完善相应的医保信息管理和服务系统，开展好日常医保经办业务；卫生健康部门要加强对医疗机构的监管考核，促进定点医疗机构规范诊疗行为，为参保人提供优质医疗服务；财政部门要做好医保基金使用的监管工作，配合医保部门及时结算定点医药机构门诊费用；人力资源社会保障部门要做好社会保险相关信息共享等工作，及时提供本市全口径退休人员基本养老保险平均水平等相关数据；市场监管部门要加强相关药品流通环节监管，严厉打击非法收售、倒卖药品等违法行为。

**（四）注重宣传引导**

各地区、各有关部门要高度重视宣传工作，把握正确舆论导向。要注重创新宣传方式，丰富宣传手段，采取老百姓喜闻乐见、通俗易懂的方式将建立门诊共济保障机制、改进个人账户计入办法等改革的目的、意义和重要作用进行广泛深入的宣传，提高参保人的政策知晓度。要建立舆情监测和处置机制，积极关注舆情反馈，主动回应群众关切，营造良好社会氛围。