关于《咸宁市健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则（征求意见稿）》

起草情况说明

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，根据《省人民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》（鄂政办发〔2022〕25号）精神，综合考虑我市职工整体待遇水平和基金支出风险等因素，咸宁市医疗保障局起草了《咸宁市健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施细则》（以下简称《实施细则》），现将《实施细则》相关起草情况说明如下：

　　一、《实施细则》出台的背景

　　建立健全职工医保门诊共济保障机制，是国家和我省深化医疗保障制度改革明确提出的任务部署。职工医保制度1999年建立，实行统筹基金和个人账户相结合的模式，“统筹基金保障住院和门诊重症（慢性）病，个人账户保障门诊小病”。职工医保的个人账户在推动公费劳保医疗制度向社会医疗保险制度的转轨过程中发挥了积极作用。随着经济社会的发展，群众医疗保障需求不断提高，个人账户个人积累式局限性逐步显现，如青壮年健康人群与老年人等体弱多病人群的个人账户积累差距较大，家庭成员之间个人账户不能共用，同一家庭中有病的不够用，没病的资金沉积。对此，近年来全国部分省份和地区开始探索建立普通门诊保障制度，通过统筹基金保障参保人员符合规定的普通门诊医疗费用。

　　2021年4月，国务院办公厅出台《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），要求完善门诊保障机制和改进个人账户同步推进、逐步转换，增强门诊共济保障功能。2022年6月1日，省政府办公厅印发了《省人民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》（鄂政办发〔2022〕25号），要求全省各统筹地区结合实际进一步明确和细化政策规定，确保2022年9月底前出台实施细则，2022年年底前全面启动实施。

　　二、《实施细则》的主要内容

《实施细则》共有9章37条。第一章是总则，包括制定依据，基本原则、指导思想和部门职责等4条内容；第二章保障范围，包括职工医保门诊统筹保障范围等1条内容；第三章是保障对象和资金来源，包括覆盖对象范围和基金筹集渠道等2条内容；第四章是门诊共济保障待遇，门诊统筹保障水平、报销政策、报销范围等3条内容；第五章是个人账户，包括个人账户计入标准、医疗保险状态转换、使用范围等3条内容；第六章是医药服务管理，包括支付方式、支付顺序、最高支付限额、就医管理、外配处方、异地就医等12条内容；第七章是监督管理，包括基金管理制度、医疗行为和医疗费用监管、基金安全防控机制、信息系统建设、支付方式等6条内容；第八章是组织实施，包括部门职责、政策宣传引导等3条内容；第九章附则，包括对衔接制度安排、政策调整权限和实施时间等3条。现将主要内容说明如下：现将主要内容说明如下：

**（一）关于职工医保普通门诊统筹医疗待遇问题。**一是在一个保险年度内，参保人普通门诊就医发生的符合《湖北省基本医疗保险、工伤保险、生育保险药品目录》《湖北省基本医疗保险诊疗项目管理、医疗服务设施范围和支付标准目录》的医疗费用，纳入普通门诊统筹基金支付范围。二是普通门诊统筹基金支付设立起付标准和年度支付限额。一个保险年度内，在职人员起付标准600元，退休人员400元；在职人员年度支付限额为2500元，退休人员年度支付限额为3500元。门诊统筹年度支付限额在一个保险年度内有效，不滚存、不累计。三是在一个保险年度内，普通门诊统筹基金起付标准以上和年度支付限额以下的费用，由普通门诊统筹基金和个人按下列规定比例分别负担：一级定点医疗机构（含社区卫生服务机构）支付比例在职职工85%、退休人员90%；二级定点医疗机构支付比例在职职工70%、退休人员75%；三级定点医疗机构支付比例在职职工55%，退休人员60%；

提高基层医疗机构的支付比例，目的是鼓励参保人在基层就近首诊，缓解就医难的问题。考虑到退休人员常见病、多发病、慢性病的患病率比年轻人高，医疗需求更大，本次改革也关注退休人员的保障，报销政策进一步向退休人员倾斜。

**（二）关于医保基金不予支付范围问题。**下列门诊费用不纳入职工医保门诊共济保障支付范围：不符合基本医疗保险规定支付范围的医疗费用；在职职工停止缴纳或未按规定缴纳基本医疗保险费期间发生的门诊费用；职工住院期间发生的普通门诊费用；已纳入职工医保住院、门诊慢特病、“双通道”管理药品等支付范围的门诊费用；其他不符合规定的医疗费用。

**（三）关于个人账户调整。**按照《国务院办公厅和省办公厅要求，一是解决个人账户门诊保障能力不足的问题，将参保人员普通门诊费用纳入医保报销，实现门诊就医有基本医保报销和个人账户支付双重保障。二是调整个人账户计入办法，用人单位在职职工个人账户计入标准按本人参保缴费基数的2%确定，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金；灵活就业参保人员个人账户计入标准为本人参保缴费基数的2%，其余基本医疗保险缴费部分全部计入统筹基金；退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，2023年起每年度划入额度为840元（2773\*12\*2.5%），按每月70元计入个人账户，今后按国家、省规定调整；关破改企业退休人员个人账户参照退休人员划入。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）关于个人账户支付范围问题。**个人账户除了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保保障范围的支出外，在信息系统支持允许情况下，可以用于支付参保职工本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医时发生的医疗费用，以及在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的费用。个人账户用于本人以及配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险、长期护理保险等个人缴费。职工医保关系迁移到其他统筹地区的，个人账户随其医保关系转移划转，不具备转移条件的，也可将个人账户余额一次性返还给本人；对于出国、出境定居的参保人员，个人账户余额经本人申请可支付给本人；参保职工去世的，其个人账户余额可一次性支付给其法定继承人或指定受益人。

**（五）关于医保结算方式问题。**参保人员凭本人社会保障卡或医保电子凭证在普通门诊统筹定点医药机构就诊，实行“一站式”结算，参保人员只需支付个人负担的费用，医保基金支付的费用由医保经办机构与普通门诊统筹定点医疗机构定期结算。参保职工门诊医疗费用先由个人账户支付，个人账户不足支付时，按规定由普通门诊统筹或门诊慢特病配额支付。参保人员同时享受门诊统筹、门诊慢特病和门诊特药等待遇的，就诊时应分别开具处方，分别结算。经职工医保门诊共济报销后个人负担的普通门诊费用不计入大病保险报销范围。按规定办理异地就医备案的异地安置退休人员、常驻异地工作人员和异地长期居住人员，应凭本人社会保障卡或医保电子凭证选择异地普通门诊统筹定点医药机构就医，发生的门诊费用通过医保信息系统直接结算。支付范围按照就医地医保目录，支付比例按我市政策执行。因特殊情况未能实现直接结算的，由个人全额垫付后到参保地医保经办机构按照有关规定办理中心零星报销，最迟于次年底前到参保地医疗保障经办机构按照规定审核报销。

**（六）关于支持定点药店和网上医药服务结算的问题。**纳入异地门诊费用直接结算范围的定点零售药店和“双通道”定点药店，其所提供的用药保障服务纳入门诊保障范围。支持外配处方在定点零售药店配药、结算，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用。参保人员在定点医疗机构门诊所需用药无法满足时，定点医疗机构应支持参保人员持处方在符合条件的定点零售药店配药。参保人员外配购药的支付比例按为其出具处方的定点医疗机构级别执行。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入门诊保障范围，执行线上线下医保同等支付政策。

**（七）关于医保基金使用监督管理问题。**通过加强协议管理和日常监管，依据基本医疗保险和医疗卫生的各项法律、政策和规定，对定点医疗机构和参保人医保领域范围内的诊疗行为进行监管。

**（八）关于政策调整的问题。**研究调整完善职工门诊特殊慢性病和门诊特殊治疗政策，实现市域内职工门诊特殊慢性病病种范围和待遇标准统一，根据医保基金承受能力，结合本地实际，逐步规范由统筹基金支付的门诊慢性病、特殊疾病（以下统称门诊慢特病）管理服务。逐步探索由病种保障向费用保障过渡。对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，可参照住院待遇进行管理。门诊慢特病具体管理办法另行制定，在新管理办法未制定前各地不得擅自增加门诊慢特病病种。门诊共济保障和个人账户相关政策，根据国家和省有关部署、医保基金支付能力、医学技术发展等情况，适时进行调整。实施细则自2023年1月1日起施行，此前出台的职工医保有关政策、规定与本实施细则不一致的，按本实施细则有关规定执行。