

苏州市职工基本医保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9月底，《关于健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施办法》（以下简称《实施办法》）经市政府第16次常务会议审议通过，并由市政府办公室印发（苏府办〔2022〕207号），将于2023年1月1日起实施。《实施办法》的实行，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、《实施办法》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。截止2022年9月，全市基本医保参保人数达1119.93万人，其中职工医保参保人数超过817万，占比接近73%。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分别保持在90%和76%左右。

我国职工医保制度建立于上世纪90年代的“两江”（镇江、九江）试点基础之上，一直实行社会统筹和个人账户相结合的保障模式，职工医保基金包括统筹基金和个人账户。其中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。统筹基金保障的是住院和门诊大病，个人账户保障的是门诊小病和药品的费用支出。职工医保制度运行 20 多年来，总体运行较为稳健，但基金收支、保障功能等结构性矛盾逐步凸显，主要表现在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和人民群众对医疗保障的需要，迫切需要完善门诊医疗保障政策，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。2021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）》。2021年12月，省政府办公厅印发了《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》（苏政办发〔2021〕108号，以下简称《实施意见》）。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，将增加的统筹基金主要用于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。为落实党中央、国务院和省委、省政府的部署要求，今年9月市政府第16次常务会议审议通过《实施办法》，并于9月

29日以市政府办公室名义正式印发。

二、《实施办法》主要内容

(一)增强门诊保障功能,提高最高支付限额(封顶线)。《实施办法》进一步完善了苏州门诊共济保障机制,进一步增强门诊共济保障功能。按照国家和省相关规定,在保持现有起付标准(起付线)的基础上,合理调整基金支付范围和基本医疗保险政策范围内的普通门诊医疗费用最高支付限额(封顶线),自2023年起,参保职工年度普通门诊最高支付限额(封顶线)提高到13000元。同时根据社会经济发展情况及相关规定,对起付标准和最高支付限额实行动态调整。

(二)实行门诊分类保障,合理设置医保支付比例。发挥差异化支付比例对分级诊疗和医保定点机构分级管理的促进作用,对退休人员医保待遇予以政策倾斜。按照不同级别、不同类型的医疗机构和不同人群,分类分级确定基本医疗保险统筹基金支付比例。自2023年起,在职职工(含灵活就业)在符合条件的一级及基层医疗机构、二级医疗机构、三级医疗机构就医的统筹基金支付比例分别为80%、75%、60%;退休职工在符合条件的一级及基层医疗机构、二级医疗机构、三级医疗机构就医的统筹基金支付比例分别为90%、85%、70%。

(三)增强门诊保障可及性,便利门诊用药保障服务。参保职工可以按照相应规定在医保定点医药机构享受相应的门诊保障待遇。通过全省统一建设的处方流转平台,参保职工在符合条件的定点零售药店购置药品时,可以按规定由基本医保统筹基金

支付，统筹基金支付比例可与外配处方的定点医疗机构一致。定点药店尚不支持处方流转的，支付比例按照三级医疗机构比例执行。

（四）完善门诊特病保障，统一规范全市门诊特殊病政策。在确保参保职工门诊综合保障水平总体不降低的前提下，调整优化我市职工医保门诊特殊病保障政策。按照《江苏省医疗保障局关于统一基本医疗保险门诊特殊病保障政策的通知》要求，规范拓展门诊特殊病保障范围。规范简化门诊保障政策体系，将符合规定的门诊慢性病统一归并到门诊共济保障机制内，以在基本医保市级统筹下，实现全市范围内职工医保门诊待遇的公平、规范和统一。

（五）优化基金收支结构，改进个人账户计入办法。自 2023 年起，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，计入标准为本人参保缴费基数 2%，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金；自 2023 年起，退休人员个人账户按照 2022 年本人个人账户划拨规模定额划入。2024 年起，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%，具体计入方式和标准根据省规定另行确定。

（六）稳步推进家庭共济，规范个人账户支付范围。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，《实施办法》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、《实施办法》主要利好举措

一是大幅降低了统筹基金使用门槛。改革前，参保职工在门诊使用统筹基金支付医药费用，需要满足两个前提，一是个人账户资金用完，二是达到门诊起付标准（俗称起付线）；改革后，只需要达到门诊“起付线”，就可以使用统筹基金支付门诊医药费用，此举相当于大幅降低了门诊统筹基金的使用门槛，参保人员不再需要用完个人账户就可以在门诊使用统筹基金了。

二是大幅提高了统筹基金使用“封顶线”。改革前，参保职工使用统筹基金支付医药费用的最高支付限额（俗称“封顶线”）

为在职职工每年 4000 元，退休人员每年 4800 元；改革后，在职职工和退休人员的“封顶线”统一提高到每年 13000 元，是改革前在职职工的 3.25 倍。

三是大幅拓宽了个人账户使用范围。改革前，个人账户使用对象仅限参保人员本人，改革后，实行个人账户“家庭共济”，使用对象拓宽到参保人员本人及其父母、配偶、子女。改革前，个人账户使用范围主要为政策范围内医药费用，支付自费费用只能使用个人账户往年累计结余 6000 元以上部分；改革后个人账户不仅可以支付政策范围内自付费用，也可用于支付自费费用，对留存金额不再要求。

四是大幅拓展可以使用统筹基金的定点医保机构范围。改革前，参保人员在 B 级及以上定点医药机构才能使用统筹基金支付医药费用；改革后，所有定点医疗机构和符合条件的定点零售药店均可以使用统筹基金支付医药费用。

苏州市职工基本医保门诊共济保障 政策问答

1、国家和省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”）。2021年12月，省政府办公厅印发了《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》（苏政办发〔2021〕108号，以下简称《实施意见》）。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、我市《实施办法》贯彻落实国家和省部署要求作了怎样的时间安排？

答：按照国家《指导意见》和省《实施意见》要求，我市于2022年9月底出台了《实施办法》，对我市正在执行的门诊统筹共济政策进行了完善。我市的《实施办法》将在2023年1月1日起执行，届时将提高门诊统筹待遇水平，并对在职职工个人账户进行调整，退休人员个人账户调整政策依据省规定于2023年底改革到位，并于2024年1月1日起执行。

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（起付线）的，纳入门诊统筹基金支付范围。一是维持现行起付标准（起付线）。在职职工仍为每年 600 元，退休人员仍为每年 400 元。二是提高最高支付限额（封顶线）。将最高支付限额（俗称“封顶线”）由现在的在职职工每年 4000 元，退休人员每年 4800 元统一提高到每年 13000 元。三是优化医保基金支付顺序。将先用完个人账户资金，再达到“起付线”后，才能使用统筹基金的顺序调整为达到“起付线”后，就能使用统筹基金。基金使用从个人账户、起付线、统筹基金的三段式变为起付线、统筹基金的两段式。同时，随着个人账户计入的逐步调整和统筹基金承受能力增强，门诊统筹待遇还会逐步完善。

举例：小保，在职职工，个人账户金额为 2000 元，第一次在三级医院就诊，发生政策范围内医疗费用 1000 元，则其中 600 元进入起付段由个人自付，剩余的 400 元无需先使用个人账户资金，而是直接由门诊统筹基金按 60%的比例结付，此次就诊统筹基金支付 $400 \times 60\% = 240$ 元，自付费用为起付线自付费用和按比例自付费用之和，为 $600 + 400 \times 40\% = 760$ 元，自付费用 760 元将全部由个人账户支出，个人无需现金支付。

第二次就诊时，小保个账金额为 1240 元，在三级医院发生政策范围内医疗费用 800 元，自费费用 200 元，则 800 元直接由

门诊统筹基金按 60%的比例结付，此次就诊统筹基金支付 $800 \times 60\% = 480$ 元，自付费用为按比例自付费用 $800 \times 40\% = 320$ 元，自费费用为 200 元，自付费用和自费费用合计 520 元，全部由个人账户支出，个人无需现金支付。

4、 改革后门诊慢性病特殊病待遇如何调整？

答：在确保参保职工门诊综合保障水平总体不降低的前提下，调整优化我市职工医保门诊特殊病慢性病保障政策。按照《江苏省医疗保障局关于统一基本医疗保险门诊特殊病保障政策的通知》要求，规范拓展门诊特殊病保障范围。规范简化门诊保障政策体系，将符合规定的门诊慢性病统一归并到门诊共济保障机制内，以在基本医保市级统筹下，实现全市范围内职工医保门诊待遇的公平、规范和统一。

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予以定额划入，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%。

举例 1：小保，在职职工，每月参保缴费基数为 5000 元，则个人账户每月计入标准为 $5000 \times 2\% = 100$ 元，单位缴纳的 $5000 \times 7\% = 350$ 元，则全部计入统筹基金。在职职工每月个人账户金额到

账时间以当月缴费金额税务扣款的实际到账时间为准，在每月 12 日至月末期间。

举例 2：李大爷，65 岁，退休人员，2023 年个人账户仍按照 2022 年本人个人账户划拨额度划入，为 1350 元，于 2023 年 1 月 1 日到账。

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，主要体现在起付线低于在职职工 200 元，支付比例高于在职职工 10 个百分点。二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。三是完善了门诊特殊病政策。根据省医保局关于统一基本医保门诊特殊病保障政策要求，对苏州全市门诊特殊病保障政策进行了统一，保留了“老年性白内障”、“家庭病床”等支付政策。

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，《实施办法》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，《实施办法》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：《实施办法》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。