**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**

（征求意见稿）

为贯彻落实《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）和《省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》（苏政办发〔2021〕108号），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，进一步发挥职工医保门诊统筹共济保障作用，切实减轻职工医保参保人员医疗费用负担，结合苏州实际，经苏州市人民政府同意，制定如下实施办法。

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，全面贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，认真落实党中央、省委、市委关于深化医疗保障制度改革的部署要求，加快推进医疗保障重点领域和关键环节改革，调整完善苏州市基本医疗保险政策，不断增强门诊共济保障功能，稳步提升门诊统筹保障水平。在实施过程中，要坚持保障基本、促进公平，扩大门诊统筹保障与服务范围，更好发挥共济共享作用，确保参保人员公平享受医保权益与服务。要坚持政策优化、平稳过渡，保持基本政策的稳定性、连续性，适当提高门诊统筹待遇水平，确保改革前后待遇的顺畅、有序衔接。要坚持协同联动、规范统一，将完善门诊保障机制与改进个人账户制度和规范职工医保门诊慢性、特殊病保障等制度协同推进，进一步促进基本制度、政策的规范、统一。要坚持因地制宜、稳步实施，科学制定差异化管理政策，分时分类、稳妥有序地实施改革措施，并积极探索增强职工医保门诊保障的有效途径。

1. 主要措施

（一）依法提高最高支付限额。既尽力而为，又量力而行，在综合考虑地区经济社会发展水平、门诊待遇保障需要、医保基金运行、统筹基金和个人账户结构调整情况的基础上，完善医保起付标准、最高支付限额调整机制，按照国家和省相关规定，依法合理调整基本医疗保险政策范围内的普通门诊医疗费用起付标准和最高支付限额。2023年1月1日起，参保职工年度普通门诊最高支付限额提高到10000元。参保职工在门诊类定点医疗机构和定点零售药店发生的普通门诊医疗费用支付限额，按照医保定点分级管理要求，由市医保局在最高支付限额内另行确定。起付标准保持现有水平，其中在职职工600元，退休职工400元。起付标准、最高支付限额实行动态调整，由苏州市医保局会同苏州市财政局根据经济社会发展情况及相关规定报市政府审定后执行。

（二）科学设置医保支付比例。保持医保支付政策的稳定性、连续性，继续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，继续保持对退休人员医保待遇的政策倾斜。职工医保参保人员在符合条件的定点医药机构发生的符合基本医疗保险政策规定的普通门诊费用，由基本医疗保险统筹基金支付。在起付标准以上、最高限额以内的部分，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门诊统筹基金支付比例。2023年1月1日起，门诊统筹基金按照以下比例进行支付：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门诊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门诊统筹基金支付比例分别为90%、85%、70%。

（三）积极便利门诊用药保障服务。完善定点零售药店分级管理政策，将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入基本医疗保险统筹基金支付范围。支持外配处方在定点零售药店结算和配药，充分发挥定点零售药店便民、可及作用。通过全省统一建设的处方流转平台，逐步实现符合条件的定点零售药店销售的医保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。在全省统一建设的处方流转平台完成部署并具备执行条件前，符合条件的定点零售药店提供的普通门诊用药保障服务的统筹基金支付比例按照三级医疗机构比例执行。

（四）规范职工医保门诊慢性病、特殊病（以下简称门诊慢特病）保障。落实全省统一的门诊慢特病制度要求，加强门诊共济保障机制建设与实现基本医保市级统筹目标的政策协同。逐步统一规范全市门诊慢特病种范围，不断健全管理机制，各地不得自行新增门诊慢特病病种；逐步统一规范全市门诊慢特病待遇水平，符合规定的门诊特殊疾病可参照住院待遇管理，符合规定的门诊慢病保障由病种保障逐步向费用保障过渡。改革后，门诊统筹待遇水平的提高部分高于现有门诊慢特病待遇水平的门诊慢特病种，应在保障好参保人员合法权益的基础上，统一纳入门诊统筹保障。

（五）改进个人账户计入办法。稳步落实国家、省关于科学合理确定个人账户计入方式和计入水平的相关要求。2023年1月1日起，在职职工个人缴纳的基本医疗保险费按月计入其个人账户，计入标准为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2021年本人个人账户划拨规模按年定额划入。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%。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。

（六）规范个人账户使用范围。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，可以用于支付参保人员本人其配偶、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、医疗耗材的范围按照省统一制定执行。个人账户资金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。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。

三、配套机制

（一）加强医保基金监督管理。强化对医疗行为和医疗费用的监管。严肃查处门诊过度医疗、不合理用药等违法违规行为。加强基金稽核制度和内控制度建设。落实个人账户使用管理办法要求，做好收支信息统计，全面掌握个人账户使用流向和门诊医疗费用保障具体情况。建立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，防止个人账户套现、超范围使用等违规现象。健全门诊费用智能监控手段，实现智能监控疑点早发现和早处理，保持打击欺诈骗保高压态势，提高基金综合监管水平，确保基金安全高效、合理使用。

（二）优化医药服务管理和医保公共服务。完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制，确保参保人员更加便利地购买和使用国家谈判药品。做好单独支付药品与门诊统筹政策衔接。发挥医保药品支付标准导向作用，引导医疗机构和患者主动使用价格合理的国家基本药物、集中带量采购药品。鼓励定点零售药店自愿参加国家和省药品集中带量采购。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障政策。

完善定点医药机构协议管理，将门诊医药服务纳入协议管理内容。创新门诊就医服务管理办法，健全医疗服务监控、分析和考核体系，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。发挥门诊共济保障机制作用和改革系统集成作用，促进基层医疗卫生服务体系健全完善。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。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行为。加快医疗保障信息平台建设，推进门诊费用异地就医直接结算，强化异地就医门诊费用联动监管。

（三）完善与门诊共济保障相适应的付费机制。严格执行医保基金预算管理制度，推进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，按项目付费。

四、组织实施

（一）加强组织领导。职工医保门诊共济保障机制的建立健全，属于重大医保制度改革，直接关系广大参保人员切身利益，涉及范围大，影响人群广，且政策性和技术性较强。各县级市、区政府要高度重视，切实加强组织领导，认真抓好责任落实。市医保局、财政局及有关部门要加强协同配合，注重上下联动，形成强大工作合力，确保改革目标任务如期实现。

（二）积极稳妥推进。各地各有关部门要按照本实施办法明确的目标任务和时间节点要求，精心组织实施。要妥善处理好改革前后的政策衔接，确保参保人员待遇平稳过渡。要做好政策风险评估应对工作，有效化解不稳定因素。要提前谋划、按时完成医保信息系统改造，为政策落地创造良好的信息化条件。

（三）注重宣传引导。要统一宣传基调，准确解读政策，充分宣传建立健全职工医保门诊共济保障机制对减轻参保人员医疗费用负担、促进制度更加公平更可持续的重要作用，大力宣传医疗保险共建共享、互助共济的重要意义。建立舆情监测和处置机制，积极主动回应社会关切，营造良好舆论氛围。