关于《市政府办公室印发关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施方案的通知》的解读

一、《实施方案》出台背景是什么？

　　建立健全职工医保门诊共济保障机制，是《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》作出的重大决策部署。按照国家和省相关要求，上海、浙江、安徽等周边省份2023年均已开展门诊共济改革，南京、苏州、常州等省内所有城市统一从2023年1月1日起实施此项改革。我市2023年起同步实施，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，减轻群众门诊医药费用负担。

二、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？

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。一是调整起付标准（起付线）。2023年1月1日起，在职和退休人员年度起付标准分别调整到500元、300元（起付线可用个人账户支付）。二是设置不同级别医疗机构医保支付比例。由原来首诊约定在社区医疗机构，在职、退休人员基金支付比例分别为70%、85%，调整为在社区卫生服务机构就医的，在职和退休人员门诊统筹基金支付比例分别为80%、90%；在一、二级医疗机构就医的，在职和退休人员门诊统筹基金支付比例分别为75%、85%；在三级医疗机构就医的，在职和退休人员门诊统筹基金支付比例分别为60%、70%。在定点零售药店和定点门诊部（所）等发生的政策范围内合规医疗费用（不含处方流转平台外配处方），统筹基金支付比例参照三级医疗机构的支付比例执行。三是提高最高支付限额（封顶线）。一个年度内，在职和退休人员由原来的基金支付限额5000元、6000元，统一提高到政策范围内医疗费用最高支付限额为12000元（其中定点零售药店和定点门诊部（所）年度内各类基金支付的合规医疗费用限额暂定为2000元）。四是优化医保基金支付顺序。由原来必须先用完个人账户资金，再进入门诊统筹保障，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。

我市门诊统筹保障水平对标南京、苏州等市，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。

三、改革是如何改进个人账户计入办法的？

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2023年无锡市基本养老金平均水平的2.5%，具体计入方式和标准由市医保部门根据省规定另行确定。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、改革后门诊慢性病特殊病待遇如何调整？其他职工医保待遇是否有所调整？

我市将按照全省统一的门诊慢性病、特殊病（以下简称门诊慢特病）制度，逐步规范我市门诊慢特病病种范围和保障待遇。不断健全门诊共济保障机制，通过完善职工医保普通门诊统筹保障待遇，引导门诊慢性病保障逐步过渡至按门诊统筹保障。

为进一步提高医保基金的使用效益，我们同步推进完善市内其他医保待遇。一是提高职工住院报销比例；二是完善医用材料医保支付政策；三是建立健全职工大额医疗费用补助。相关方案2023年起同步实施。

五、改革后个人账户家庭成员共济是什么意思？

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。

六、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?

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，对全市门诊特殊病保障政策进行了统一。

七、在加强个人账户使用和门诊就医管理方面有哪些措施?

一方面，《实施方案》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，《实施方案》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。

八、改革对提高参保人员医疗服务可及性有哪些措施?

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。在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的统筹基金支付比例按照三级医疗机构比例执行。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。

九、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?

《实施方案》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。