附件

山东省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，优化医保基金使用结构，提升医保基金使用效益，更好地解决职工医保参保人员门诊保障问题，切实减轻群众日常医药费用负担，根据《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《国家医疗保障局办公室关于印发〈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）〉的通知》(医保办发〔2021〕35号)等文件，结合我省实际，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，全面贯彻党中央、国务院决策部署，以人民健康为中心，加快医疗保障重点领域和关键环节改革，既尽力而为，又量力而行。坚持保障基本、平稳过渡、协同联动、因地制宜的原则，开展职工医保门诊保障机制三年行动，改革职工个人账户，建立健全基本医疗保险门诊共济保障机制，确保到2023年底，建立起更加完善的职工医保普通门诊统筹制度，职工医保基金内部结构更加优化，个人账户管理机制更加完善，门诊医疗费用支付方式改革稳步推进，门诊统筹医保管理和基金监管机制更加健全，医疗保障制度更加公平更可持续。

二、目标任务

（一）建立完善职工普通门诊统筹保障机制

做好群众负担较重的门诊慢特病医疗保障工作，并逐步将多发病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围。尚未开展普通门诊统筹的市，2022年要全面建立覆盖职工医保全体参保人员的普通门诊统筹制度，公平普惠保障人民群众基本门诊医疗需求；已开展普通门诊统筹的市要进一步细化完善政策，规范门诊保障管理措施。

（二）科学设定职工普通门诊待遇支付政策

各市在制定实施细则时，要结合落实全省统一的医疗保障待遇清单制度，确保市域范围内普通门诊统筹在保障内容和待遇支付方面的统一，并做好与门诊慢特病和住院待遇支付政策的衔接。

科学设定基本医疗保险门诊统筹基金年度起付标准、支付比例和最高支付限额。起付标准实行当年度累计计算，不高于全省全口径城镇单位就业人员平均工资（以下简称职工年平均工资）的2%，不同级别的医疗机构设置差异化的起付标准。政策范围内支付比例，在职职工平均不低于50%，待遇支付适当向退休人员倾斜，按照平均高于在职职工5个百分点确定；对不同级别的定点医疗机构可设置差异化的支付比例，适当向基层医疗机构倾斜，支付比例差异不低于10个百分点。随着医保基金可承受能力的增强，逐步提高保障水平。

（三）规范完善职工门诊慢特病病种和医保政策

2022年底前，制定全省统一的门诊慢特病基本病种目录，统一基本病种名称和认定标准,将部分治疗周期长、健康损害大、费用负担重的疾病统一纳入门诊慢特病病种范围，并建立动态调整机制。各市根据基金承受能力和普通门诊保障水平，通过门诊保障机制转换，对部分慢特病病种实现由病种保障向费用保障过渡。对日间手术和中医日间病房开展的比住院更经济方便的治疗项目等，参照住院医保待遇结算。探索完善国家谈判药品单独支付办法，逐步将更多谈判药品纳入单独支付范围。

（四）拓展门诊用药保障范围

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（有关政策另行制定）提供的用药保障服务纳入门诊保障范围，施行与定点医疗机构统一的门诊报销政策。

鼓励将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入医疗保障支付范围，以医保电子凭证为介质打通慢性病复诊医保线上支付渠道，实现线上挂号、在线复诊、在线续方、处方流转、医保支付、药品配送上门等服务功能。

完善慢性病门诊用药长期处方制度，对病情相对稳定的患者，在用药方案安全、有效、稳定的情况下，一次处方量可以延长至4-12周，保障患者用药需求。

（五）改进个人账户计入办法

个人账户计入办法调整与健全门诊共济保障机制同步实施。在职职工个人缴纳的基本医疗保险费全部划入本人个人账户，标准原则上控制在本人参保缴费基数的2%。2022年底前，将用人单位缴纳的基本医疗保险费计入在职职工个人账户部分调减到现行标准的50%；退休人员个人账户计入政策保持不变。2024年1月起，在职职工单位缴纳的基本医疗保险费不再划入个人账户，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，70周岁以下退休人员，划入额度统一调整为统筹地区2023年度基本养老金平均水平的2%，70周岁及以上退休人员，划入额度统一调整为统筹地区2023年度基本养老金平均水平的2.5%。在职转退休的职工，从次月起个人账户按退休人员标准划入。灵活就业人员按规定享受退休人员基本医疗保险待遇的，个人账户政策按本规定标准执行。

调整个人账户和统筹基金结构后，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。各市要做好个人账户调整、普通门诊统筹、门诊慢特病保障政策的有机衔接，更好地体现门诊待遇保障的公平性、可及性。

（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。支持各市将个人账户用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险、长期护理保险、政府指导的普惠型商业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。建立健全个人账户使用管理办法，做好收支信息统计。

（七）同步实现全省医保卡“一卡通行”和异地门诊联网结算

继续推进职工医保卡个人账户资金在省内及跨省“一卡通行”，进一步扩大跨省定点医药机构联网数量，完善个人账户异地支付平台，建立健全“一卡通行”定点医药机构动态维护机制、常态化巡检机制、应急处置机制。调整完善普通门诊省内跨市、跨省异地就医统筹支付政策，简化异地就医人员分类和备案程序。2021年底前，全省二级及以上定点医疗机构全部实现普通门诊省内跨市及跨省联网结算。

（八）完善配套管理政策

完善定点医药机构协议管理，将门诊医疗服务纳入协议管理内容，建立门诊费用统计分析制度。拓展医保电子凭证应用场景，积极推行诊间结算服务。推进门诊支付方式改革，对普通门诊服务，实行按人头付费为主的付费方式；对门诊慢特病，可实行按人头付费、按病种付费等复合式付费方式；对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。对实行单独支付的谈判药品，不纳入定点医疗机构医保费用总额范围。鼓励医疗机构优先采购集中带量采购中选产品，落实医保谈判药品使用政策。发挥门诊共济保障机制作用和改革系统集成作用，完善普通门诊、门诊慢特病管理措施和家庭医生签约服务，引导参保人员在基层就医首诊，促进基层医疗卫生服务体系健全完善。

（九）加强监督考核

建立健全与门诊共济保障相适应的基金管理制度和稽核检查机制，完善医保基金预算管理制度，加强医保行政监督和稽核检查，保持打击欺诈骗保高压态势，严肃查处门诊过度诊疗、不合理用药等违法违规问题；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，避免个人账户套现、超范围使用等违规现象，确保基金安全高效、合理使用。制定完善门诊就医服务监控分析和考核办法，健全医疗服务考核体系，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

（十）同步建立完善城乡居民基本医疗保险门诊统筹保障机制

稳步提高居民普通门诊保障水平，2021年底，各市普通门诊统筹基金最高支付限额不低于200元；到2025年，普通门诊报销额度在2020年基础上平均提高50%左右。进一步扩大由统筹基金支付的门诊慢特病病种范围，惠及更多参保群众，门诊慢特病医保支付比例不低于65%。做好城乡居民高血压糖尿病“两病”患者门诊用药保障工作，政策范围内支付比例要达到60%以上，并做好与现有门诊保障政策的衔接。有条件的市可探索将心脑血管等慢性病纳入慢病保障范围，发挥医保促进慢病早诊早治作用，提升健康管理水平。

三、保障措施

（一）加强组织领导。建立健全职工医保门诊共济保障机制是深化医疗保障制度改革的重要内容，涉及广大参保人员的切身利益，政策性强，社会影响面广。各市要高度重视，提高站位，切实加强组织领导，强化一把手领导责任制，建立层层落实责任工作机制，做到政策上下贯通，工作上下联动，确保改革目标如期完成。

　　（二）积极稳妥推进。各市要按照本方案要求，2021年底前制定本地实施方案，进一步细化政策措施规定，明确完成时间节点和任务分工，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。各市实施方案出台前要报省医疗保障局备案。要建立工作台账，健全调度机制和督导检查机制，改造升级医保信息化系统，确保2023年底前各项分阶段改革任务落地落实，完成门诊统筹共济保障三年行动方案的工作目标。同时，统筹做好城乡居民基本医疗保险门诊统筹保障工作。

（三）强化部门协同。医疗保障、财政、卫生健康、药监等相关部门要密切配合，形成合力，确保改革有序推进。医保部门牵头做好建立健全职工医保门诊共济保障机制相关政策制定和组织实施；财政部门要做好医保基金的监督管理工作；卫生健康部门要加强医疗机构的监管考核，促进定点医疗机构规范诊疗行为；药监部门要加强药品生产、流通环节监管，严厉打击倒卖药品等违法行为。

（四）做好宣传引导。各市要创新宣传方式，丰富宣传手段，用群众“听得懂”、喜闻乐见的方式方法讲清楚改革的目的意义，宣传改革惠民政策，增强群众获得感、幸福感、安全感。要把握正确的舆论导向，针对改革中的热点和敏感问题，做好政策解读，建立舆情监测和应对处置预案，积极主动回应社会关切，营造良好的改革舆论氛围。