《许昌市建立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）》

解读

现将《许昌市建立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）》（以下简称实施细则）的有关政策解读如下：

一、政策背景

建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制，是国家和省深化医疗保障制度改革的决策部署。职工医疗保险制度从建立起,实行的是社会统筹和个人账户相结合的保障模式,统筹基金保障住院和门诊慢特病的费用支出，个人账户保障门诊常见病和药品费用支出，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。随着社会经济的发展、人民健康意识的提高和就医行为的改变、疾病谱的变化以及老龄化社会的来临，个人账户已经不能适应经济新常态下社会发展的需要，其局限性逐步凸显。主要问题是保障功能不足，共济性不够，减

负效果不明显。

2021年4月，国务院办公厅印发《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），明确提出：增强门诊共济保障功能、改进个人账户计入办法、规范个人账户使用范围等重点改革措施。要求将普通门诊费用纳入统筹基金支付，增强医保基金的保障功能，提升基金的使用效率，提高门诊医疗服务可及性，推动职工医保门诊保障由个人积累式保障模式转向社会互助共济保障模式，推动职工医保高质量发展。2022年2月15日，河南省人民政府办公厅印发《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》(豫政办〔2022〕15号)，对各统筹区提出要求建立门诊统筹制度，明确了个人账户的计入办法、适用范围，明确了职工医保普通门诊统筹制度的起付标准、支付限额和报销比例等具体要素，同时要求，坚持平稳过渡，保持政策连续性，确保改革前后待遇顺畅衔接，2022年6月底前全面启动实施。

按照市领导批示精神，市医保局对标对表国家、省精神和有关要求，逐条认真梳理我市建立健全职工医保门诊共济保障机制事项，在总结实践经验、广泛听取意见、反复研究论证的基础上，经过充分政策调研、梳理问题和测算分析，起草了《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细则（征求意见稿)》。

二、政策依据

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《河南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》(豫政办〔2022〕15号)文件要求。

三、工作目标

将门诊费用纳入职工基本医疗保险统筹基金支付范围，改革职工医保个人账户，建立健全门诊共济保障机制，提高医保基金使用效率。

四、主要内容

实施细则内容主要分为六个部分：

**1.总则。**主要明确了门诊共济保障机制建立的目的、依据及原则，明确了部门职责。

**2.个人账户管理。**改进个人账户的计入办法。用人单位在职职工个人账户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的2%，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。原按8%比例缴费的灵活就业人员，其缴费比例不变，个人账户计入标准为本人参保缴费基数的2%，其余部分全部计入统筹基金。原按4.2%比例缴费的灵活就业人员，可选择按6%的缴费比例缴费，也可继续选择按4.2%的缴费比例缴费，选择6%比例缴费的，不建个人账户，享受门诊统筹；选择4.2%比例缴费的，不建个人账户，不享受门诊统筹。原灵活就业人员医疗保险其他管理办法不变。退休人员（建个人账户的退休人员）个人账户按我市2021年度基本养老金月平均水平的2%确定，划入额度为每人每月60元。

**3.门诊共济保障待遇。**调整后，增加的统筹基金主要用于建立职工普通门诊统筹制度，提高参保人员门诊待遇。在一个自然年度内，参保人员在定点医疗机构门诊就医，普通门诊统筹起付标准按次设定，每次40元，乡镇卫生院、社区卫生服务中心不设起付标准。在职职工和退休人员年度最高支付限额分别为1500元、2000元。在职职工按规定在三级门诊统筹定点医疗机构门诊就医的支付比例为50%，在二级及以下门诊统筹定点医疗机构门诊就医支付比例为55%，在乡镇卫生院、社区卫生服务中心门诊就医支付比例为65%。退休人员的支付比例高于在职职工10个百分点。

**4.医疗服务管理与费用结算。**对就医管理、医疗机构定点管理、门诊共济保障的付费方式等作出了有关规定。参保人员应凭本人医保电子凭证或社会保障卡在我市门诊统筹定点医疗机构（含异地就医）就诊，接诊医生（医务人员）应核对其身份，并通过医疗保险信息系统直接结算；应由个人负担部分，由个人与医疗机构直接结清；应该由个人账户及统筹基金支付部分，由定点医疗机构记账，医保经办机构按规定与定点医疗机构进行结算。

**5.监督管理。**包括严格执行医保基金预算管理制度、完善医保定点医疗机构服务协议管理办法、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诊疗服务，坚持因病施治、合理检查、合理用药，建立医保基金安全防控机制。

**6.附则。**根据上级要求，结合我市职工医保统筹基金收支情况和承受能力，市医疗保障部门会同市财政部门可适时调整有关规定及其待遇标准。