附件：

湖南省建立健全职工基本医疗保险门诊

共济保障机制实施办法

（征求意见稿）

 按照党中央、国务院和省委、省政府关于深化医疗保障制度改革任务部署，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，更好解决职工医保参保人员门诊保障问题，切实减轻其医疗费用负担，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）精神，结合我省实际，制定本办法。

一、总体要求

（一）目标任务。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，既尽力而为、又量力而行，坚持人人尽责、人人享有，完善制度，引导预期，加快医疗保障重点领域和关键环节改革，将门诊医疗费用纳入职工医保统筹基金支付范围，稳步推进职工医保个人账户改革，建立健全门诊共济保障机制，提高医保基金使用效率，逐步减轻参保人员医疗费用负担，实现职工医保制度更加公平更可持续。到2023年，全面建立职工医保普通门诊统筹制度，普通门诊医疗费用纳入医保基金支付范围，政策范围内支付比例不低于50%。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。

（二）基本原则。坚持保障基本，实行统筹共济，切实维护参保人员权益。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。坚持协同联动，完善门诊保障机制和改进个人账户制度同步推进、逐步转换。坚持因地制宜，在整体设计基础上，鼓励探索增强职工医保门诊保障的有效途径。

二、改革举措

（一）改进个人账户计入办法。科学合理确定个人账户计入办法和计入水平。在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准原则上控制在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；退休人员个人账户原则上由统筹基金按定额划入，划入额度按照统筹地区根据本办法实施改革当年企业退休人员和机关事业单位退休人员基本养老金平均水平的2%左右确定。

（二）完善门诊费用统筹保障机制。调整统筹基金和个人账户结构后，置换出来的基金主要用于门诊共济保障，提高参保人员门诊待遇。根据统筹基金运行情况，逐步调整增加用于门诊共济保障的基金额度。不断健全门诊共济保障机制，逐步由病种保障向费用保障过渡。

统一规范职工医保慢特病门诊保障政策。根据医保基金承受能力，逐步扩大由统筹基金支付的门诊慢特病病种范围，将部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的疾病门诊费用纳入共济保障。根据慢特病门诊诊疗需要，合理确定慢特病门诊年度最高支付限额，慢特病门诊支付比例不低于75%。对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，可参照住院待遇进行管理。职工医保慢特病门诊保障政策另行制定。

建立职工医保普通门诊统筹制度。普通门诊统筹制度覆盖职工医保全体参保人员。逐步将多发病、常见病的普通门诊费用纳入普通门诊统筹基金支付范围。在职职工在基层医疗卫生机构就诊发生的政策范围内门诊医疗费用（含检查、检验、医疗器械、中医药等费用），不设起付线，按照70%比例支付；退休人员按照80%比例支付。在职职工在二级及以上医疗机构就诊发生的政策范围内门诊医药费用，不设起付线，按照50%比例支付；退休人员按照60%比例支付。职工医保普通门诊统筹年度最高支付限额原则上不低于2000元。

做好门诊费用与住院费用支付政策的衔接。同步完善城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹制度，并逐步提高门诊保障水平。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，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、可及的作用。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。

三、加强管理

（一）规范个人账户管理。个人账户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门诊医疗费用和住院医疗费用中的个人自付部分。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。支持各统筹地区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、长期护理保险或职工大额医疗费用补助等的个人缴费。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。个人账户的本金和利息为参保人员个人所有，可以结转使用和依法继承。各统筹地区要健全完善个人账户使用管理办法，做好收支信息统计。

（二）健全与门诊共济保障相适应的监督管理机制。各统筹地区要进一步完善管理服务措施，创新制度运行机制，引导参保人员合理利用医疗资源，确保医保基金平稳运行，充分发挥保障功能。严格执行医保基金预算管理制度，加强基金稽核制度和内控制度建设。建立健全医保基金安全防控机制，全面加强医保行政监管和经办稽核，强化对门诊医疗费用的医保大数据智能监控，保持打击欺诈骗保高压态势，严肃查处过度诊疗、不合理用药、个人账户套现等违法违规问题，确保基金安全高效、合理使用。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。完善门诊就医服务管理办法，强化定点医药机构协议管理，健全医疗服务监控、分析和考核体系，引导定点医药机构规范提供诊疗和用药保障服务。加快推进全省统一的医疗保障信息平台建设，积极推进门诊费用异地就医直接结算。通过协调推动基层医疗服务体系建设、完善家庭医生签约服务、规范长处方管理、健全慢特病门诊保障政策等措施，引导参保人员在基层就医首诊，规范基层医疗机构诊疗和转诊等行为。

（三）完善与门诊共济保障相适应的付费机制。加强门诊医药费用数据采集和分析应用。对基层医疗服务可按人头付费，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。落实国家有关规定，科学合理确定医保药品支付标准，引导医疗机构和患者主动使用疗效确切、价格合理的药品。

四、组织实施

（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，涉及全省广大参保人员切身利益，政策性和技术性强。各市州人民政府要高度重视，切实加强领导，建立协调机制，抓好工作落实。要结合本地实际，细化政策措施，确保在2022年6月底前出台实施细则，启动实施改革，在12月底前全面建立职工医保门诊共济保障机制。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。

（二）强化部门协同。医疗保障、卫生健康、财政、人力资源社会保障和药监等相关部门要密切配合，上下联动，形成合力，确保改革有序推进。医疗保障部门牵头做好建立健全职工医保门诊共济保障机制相关工作；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，为参保人员提供优质医疗服务；财政部门要做好职责范围内医保基金的监管使用工作，配合医保部门及时结算定点医药机构费用；人力资源社会保障部门要及时提供统筹地区退休人员基本养老保险平均水平等相关数据；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。

（三）注重宣传引导。各统筹地区要创新宣传方式，丰富宣传手段，广泛开展宣传，准确解读政策。把握正确的舆论导向，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。要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。