

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）》的起草说明

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）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，市医保局起草了《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）》（以下简称《实施细则》）。

一、起草背景和过程

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，确保2022年4月底前出台实施细则，2022年6月底前全面启动实施。

按照工作部署，我市对标对表国家、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，市医保局起草了《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、主要内容

《实施细则》共七章三十三条，分为总则、个人账户管理、门诊共济保障待遇、医疗服务与就医管理、医疗费用结算、监督管理、附则。

第一章为总则。主要阐述了门诊共济保障机制建立的目的、依据及原则，明确了实施的范围和部门职责。

第二章为个人账户管理。规定了个人账户的计入办法、使用范围等。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 2% ，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金；灵活就业参保人员个人账户计入标准为本人参保缴费基数的 2% ，其余基本医疗保险缴费部分全部计入统筹基金；退休人员个人账户由统筹基金按月定额划入，企业单位（含灵活就业人员）退休人员按照2021年全市企业单位退休人员基本养老金月平均水平的 2% 划入，机关事业单位退休人员按照2021年全市机关事业单位退休人员基本养老金月平均水平的 2% 划入。

第三章为门诊共济保障待遇。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建立职工普通门诊统筹制度，将普通门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围，提高参保人员门诊待遇。职工医保门诊统筹实行定点就医管理，定点医疗机构为具有住院资格的定点医疗机构和乡镇卫生院、社区卫生服务中心。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。省政府要求各地文件 2022 年 6 月底实施，《实施细则》明确了实施当年在职职工和退休人员最高支付限额减半。普通门诊统筹支付限额不计入职工医保统筹基金年度最高支付限额。在职职工按规定在省级三级甲等定点医疗机构门诊就医的支付比例为 55%，在省、市、县级其他等级的定点医疗机构门诊就医支付比例为 60%，在乡镇卫生院、社区卫生服务中心门诊就医支付比例为 70%。退休人员的支付比例高于在职职工 10 个百分点。

第四章为医疗服务与就医管理。对就医管理、医药机构定点管理、门诊共济保障的付费方式等做出了有关规定。

第五章为医疗费用结算。明确了参保人员在本统筹区内的门诊统筹定点医药机构就医，应由个人负担的部分，由个人与医疗机构直接结清；应该由个人账户支付的，由定点医疗机构记账，医疗保险经办机构每月与定点医疗机构全额结算；应由统筹基金支付的部分，由定点医疗机构记账，医保经办机构每月与定点医疗机构结算。

第六章为管理与监督。分别为：完善管理服务措施，引导医疗资源合理利用；建立对个人账户全流程动态管理机制；建立医保基金安全防控机制；健全医疗服务监控、分析和考核体系。

第七章为附则。