

附件

# 关于完善青岛市职工基本医疗保险 门诊共济保障机制的实施意见

(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,更好解决职工医保参保人员门诊保障问题,提高门诊保障水平,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)、《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》(鲁政办发〔2021〕22号),结合我市实际,现对完善我市职工医保门诊共济保障机制有关问题,提出以下实施意见。

## 一、基本原则

完善职工医保门诊共济保障机制,要以人民健康为中心,在认真总结我市前期工作经验基础上,坚持保障基本、平稳过渡、统筹共济,进一步优化职工医保个人账户与统筹基金结构,完善现行门诊保障政策和个人账户管理机制,门诊医疗保障水平稳步提高,形成门诊与住院协同联动的保障机制,推动医疗保障制度更加公平可持续。

我市职工门诊共济保障机制改革坚持以下原则:一是坚持个人账户调整与门诊待遇释放同步,确保基金增量与门诊待遇释放

相协调；二是坚持鼓励基层首诊并兼顾其他层级医疗机构，逐步推动门诊自由就医，满足参保职工多样化的门诊保障需求；三是坚持推进门诊支付方式改革，提高基金使用效益；四是坚持普通门诊保障与门诊慢特病保障协同推进，对适合纳入普通门诊保障的不再按照门诊慢特病进行管理，逐步实现由病种保障向费用保障的过渡。

## 二、完善门诊共济保障机制

（一）调整职工普通门诊待遇支付政策。2023年1月1日起，参保职工可签约一家医疗机构实行普通门诊定点就医。签约在基层医疗机构（含一级）、二级、三级医疗机构发生的符合规定的普通门诊医疗费分别按照75%、60%、50%比例予以报销。其中，基层医疗机构不设起付标准，二级、三级医疗机构起付标准分别为500元、800元。参保人年度内变更定点的，起付标准年度累计不超过800元。普通门诊统筹年度最高支付限额暂定为1700元。

2024年1月1日起，参保职工普通门诊年度最高支付限额根据国家 and 省有关规定适时调整，原则上控制在上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资的5%左右。退休人员报销比例提高5个百分点。

普通门诊报销范围和支付标准按照我市基本医疗保险药品目录、服务设施目录和诊疗项目目录（以下简称“三个目录”）执行。参保人异地就医在不同级别医疗机构发生的符合规定的普通门诊费用，参照本市支付政策执行。

（二）加强基层医疗机构普通门诊保障。对于签约在基层医疗机构的职工参保人，到本市二级及以上定点医疗机构就医购药的，合规费用按照就医机构普通门诊相关标准予以报销。

鼓励符合条件的临床检验中心、医学检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心等作为第三方服务提供机构，为基层医疗机构提供相应医疗服务，增强基层门诊保障可及性。

（三）完善职工门诊慢特病保障。根据全省统一的门诊慢特病基本病种目录，统一我市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，并动态调整。完善国家谈判药品的门诊保障机制。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，对部分门诊慢特病病种实现由病种保障向费用保障过渡。对日间手术和日间病房等参照住院医保待遇结算。

（四）扩展门诊用药保障渠道。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，施行与定点医疗机构统一的门诊报销政策，年度起付标准和最高支付限额合并计算。积极推进“互联网+”医疗服务纳入门诊保障支付范围，以医保电子凭证为介质打通慢性病复诊线上支付渠道，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。

（五）同步完善居民医保门诊保障。2023年1月1日起，居民医保普通门诊统筹统一执行基本医疗保险“三个目录”，报销比

例统一按照 60%执行。2025 年，居民普通门诊报销额度在 2020 年基础上平均提高 50%左右。进一步规范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，2025 年门诊慢特病医保支付比例不低于 65%。

（六）建立管用高效的门诊费用保障支付机制。将门诊医疗服务纳入医保定点机构协议管理内容，建立门诊费用统计分析制度。持续推进门诊支付方式改革，对基层普通门诊服务，实行按人头付费为主的付费方式；对门诊慢特病，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，按项目付费。探索建立门诊费用总额预算管理、按人头付费管理以及按门诊病例分组付费等多元支付方式。协同推动基层医疗服务体系建设，做好家庭医生签约服务与普通门诊、门诊慢特病管理措施的衔接，推进医防融合，促进基层医疗服务体系完善。

（七）加强医共体与公共卫生政策联动。鼓励家庭医生签约，将城市医疗集团、县域医共体一定比例的专家号源、预约设备检查等医疗资源交由家庭医生管理支配，保障基层转诊就医便利性。鼓励紧密型医共体发展，紧密型医共体可作为整体签约，参保人可在紧密型医共体任一家机构普通门诊就医，按照不同级别医疗机构享受普通门诊统筹报销。实施“三高共管、六病同防”，鼓励参保人签约在卫生健康部门指定的“三高之家”“三高基地”“三高中心”，加强慢病管理。

### 三、改革职工医保个人账户

(八) 改进个人账户计入办法。2022年12月1日起,调整我市在职职工个人账户计入比例,35周岁以下、35周岁(含)至45周岁以下、45周岁及以上分别按照本人参保缴费基数计入2%、2.1%、2.5%;退休人员个人账户计入政策保持不变。

2024年1月1日起,在职职工个人账户计入比例统一按照本人缴费基数的2%计入;退休人员个人账户实行定额管理,其中70周岁以下退休人员按照2023年度统筹地区基本养老金平均水平的2%计入,70周岁及以上退休人员按照2.5%计入。在2023年度基本养老金平均水平数据公布前,暂按2022年度平均水平按比例计入,待2023年相关数据公布后予以补足。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。

国家、省另行出台相关规定的,从其规定。

(九) 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: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,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,配偶、父母、子女参加居民基本医疗保险、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。

(十) 加强门诊共济监督管理。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,落实定点医药机构主体责

任。加强对个人账户使用、结算等环节的管理审核，防止个人账户资金违规使用。严肃查处定点医药机构过度诊疗、不合理用药，参保人利用职工医保个人账户、普通门诊报销额度、借用他人医保卡等套取骗取医保基金等违法违规行为和問題，确保基金安全高效、合理使用。完善门诊就医服务监控分析机制，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

#### 四、做好组织实施工作

（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，涉及广大参保职工的切身利益，政策性强，社会影响面广。各区（市）要高度重视，提高站位，切实加强领导，建立协调机制，抓好工作落实。

（二）强化部门协同。各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工作；财政部门配合做好医保基金的监督管理工作；卫生健康部门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；市场监管部门加强药品生产、流通环节监管，严厉打击倒卖药品等违法行为。

（三）积极宣传引导。各级有关部门要创新宣传方式，丰富宣传手段，用群众听得懂的语言，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。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。