**抚顺市建立健全职工基本医疗保险**

**门诊共济保障机制实施方案**

为贯彻落实《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）、辽宁省人民政府办公厅《关于建立健全全省职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》（辽政办发〔2021〕39号）精神，进一步完善我市职工基本医疗保险（以下简称职工医保）制度，建立健全职工医保门诊共济保障机制，结合我市实际，制定本实施方案。

一、总体要求

（一）指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，落实《中共中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）相关部署，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，将门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围，改革职工医保个人账户，建立健全门诊共济保障机制，强化基本医疗保险互助共济功能，提高医保基金使用效率，逐步减轻参保人员医疗费用负担，实现制度更加公平、更可持续。

（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。坚持因地制宜，积极探索增强职工医保门诊保障的有效途径。同步完善城乡居民基本医疗保险门诊统筹，逐步提高保障水平。

二、主要措施

（一）建立完善普通门诊统筹机制。保留部分治疗周期长、费用负担重的门诊慢特病待遇，并按照全省统一部署逐步规范。将高血压、糖尿病等多发病、常见病的门诊费用归并入普通门诊保障范围。普通门诊统筹覆盖职工医保全体参保人员，逐步提高普通门诊统筹保障水平，实现门诊医疗费用由病种保障向费用保障过渡。做好普通门诊统筹待遇与其他门诊保障待遇和住院保障待遇的归并与衔接。

（二）科学设定普通门诊待遇标准。职工医保普通门诊统筹政策范围内支付比例不低于50%，待遇支付可适当向退休人员倾斜。对不同等级和类型的定点医疗机构设置差异化的支付比例，适当向基层医疗机构以及传染病、精神疾病等专科医疗机构倾斜。按照强化共济、合理分担的原则，科学设定起付标准和最高支付限额。起付标准和最高支付限额按年度设定并结合基金情况，适时调整。起付标准原则上不低于400元，最高支付限额原则上不低于5000元。

（三）稳妥过渡原门诊规定病种待遇。本方案制定的普通门诊统筹制度实施后，职工医保原门诊规定病种（保留的门诊慢特病病种除外，下同）不再检诊认定新增患者，已认定的患者在原门诊规定病种医保基金年度最高支付限额内可继续按原政策规定的定点范围和报销比例享受待遇至2022年底。在此期间，已认定患者的原门诊规定病种待遇和普通门诊统筹待遇的年度起付标准分别计算，普通门诊统筹医保基金年度最高支付限额扣除原门诊规定病种医保基金的支付额度。2023年1月1日，原门诊规定病种政策终止实施。

（四）规范门诊统筹保障服务。我市行政区域内符合条件的各级医院、妇幼保健院、社区卫生服务机构、卫生院及其实行一体化管理的村卫生室可自愿申请成为普通门诊统筹定点医疗机构。强化普通门诊统筹定点医疗机构协议管理，明确准入和退出条件，实施动态调整。普通门诊统筹定点医疗机构向参保人员提供的药品、医用耗材和诊疗服务的价格，执行统一的最高限价及其他医保有关政策。探索对医保基金支付的药品进行价格监测管理和信息披露，正面引导市场价格秩序。

（五）改进个人账户计入办法。完善门诊保障机制与改进个人账户制度同步推进。用人单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。用人单位和按统筹结合缴费的灵活就业人员在职职工个人账户按照本人参保缴费基数2%计入；按单建统筹缴费的灵活就业人员和困难企业人员不建立个人账户，其缴纳的医疗保险费全部计入统筹基金。按照国务院、省政府要求，享受退休医疗保险待遇的人员，个人账户由统筹基金按本市2022年基本养老金月平均水平的2%定额划入，即固定为每月60元。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门诊共济保障，提高参保人员门诊医疗保障待遇。

（六）规范个人账户使用范围。个人账户资金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。个人账户可用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险、大额补充医疗保险、商业补充医疗保险等个人缴费。个人账户不得用于公共卫生费用（国家政策允许的除外）、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。

（七）加强监督管理。建立健全与门诊共济保障相适应的监督管理体系，引导医疗资源合理利用，确保医保基金安全稳定运行，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，全面加强医保监管和稽核，强化对门诊医疗费用的医保大数据智能监控及稽核检查，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、合理合规使用。建立对门诊统筹支付全流程动态管理机制，加强对门诊统筹待遇使用、结算等环节的审核。完善门诊就医服务管理，通过绩效考核、信用评价等机制，引导定点医疗机构和医保医师规范提供诊疗和用药保障服务。按照国家统一部署加快推进医疗保障信息平台建设，稳步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、健全门诊慢特病政策等措施，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。

（八）健全与门诊共济保障相适应的付费机制。对普通门诊服务，在按项目付费为主的基础上，探索实施门诊病例分组付费、点数法付费及门诊统筹签约人头付费等方式；对基层医疗服务，探索结合落实家庭医生签约服务付费机制，加强慢性病管理；按照国家有关规定，落实全省统一的医保药品支付标准，引导医疗机构和患者主动使用疗效确切、价格合理的药品。依托医疗保障信息平台，加强门诊费用数据采集和分析应用，为完善门诊付费机制奠定基础。

三、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我市医疗保障制度建设的重大改革，涉及广大参保职工切身利益，政策性强，社会影响面广。各级政府、各有关部门要高度重视，切实加强领导，建立协调机制，确保改革平稳实施。我市职工医保个人账户改革和门诊共济保障制度实施时间按省级统一部署启动。

（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市场监督管理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，根据基金运行情况制定并适时调整门诊共济保障待遇标准、定点医药机构准入条件、结算管理等相关配套政策；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医疗保险各统筹地区退休人员基本养老保险平均水平等相关数据；市场监管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。各地区各部门要创新宣传方式，丰富宣传手段，广泛开展宣传，准确解读政策。用群众听得懂的语言，宣讲好医疗保险共建共享、互助共济的重要意义。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。