关于对《喀什地区职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则（试行）》的政策解读

为进一步健全互助共济、责任共担的职工基本医疗保险制度，更好解决职工医保参保人员门诊保障问题，切实减轻门诊医疗费用负担，2022年7月18日，行政公署办公室印发了《关于印发喀什地区职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则（试行）的通知》（喀署办规〔2022〕2号），通过改革职工个人账户，建立门诊共济保障机制，提高职工门诊保障水平。

一、《实施细则》出台的背景

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）、自治区人民政府办公厅《关于印发新疆维吾尔自治区职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法的通知》（新政办发〔2021〕115号）和自治区医保局、财政厅、卫生健康委《关于印发〈新疆维吾尔自治区本级职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则〉的通知》（新医保发〔2022〕14号）等文件，要求各地州要积极推进职工医保门诊共济保障改革，完善门诊保障机制和改进个人账户同步推进、逐步转换，增强门诊共济保障功能。

二、建立和实施职工门诊共济保障的意义

**一是保障模式发生了变化。**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。减轻职工特别是职工中老年人门诊医疗费用的负担。

**二是提高了基金使用效率。**通过减少个人账户划入，集中部分基金用于将普通门诊费用纳入统筹基金报销，增强医保基金的保障功能，提升基金的使用效率。

**三是优化了基层医疗服务资源配置。**医保基金保障扩大到门诊费用，延伸到基层医疗机构，进一步提升基层医疗服务的管理效率与规范性。

三、职工门诊共济保障的对象

参加喀什地区职工基本医疗保险的职工（含退休、退职人员）以及灵活就业人员。

四、职工门诊共济保障的资金筹集

职工基本医疗保险门诊共济保障的资金主要通过调整职工医保统筹基金和个人账户结构解决。单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金，不再计入个人账户。灵活就业人员按照单位缴费费率缴费，纳入门诊共济保障范围。本次门诊共济保障改革不新增加单位和个人的缴费，在现有条件下盘活了沉积的个人账户资金，提高参保人门诊统筹待遇，实施了制度转轨，提升了制度效能。

五、改革职工医保个人账户的政策安排

**一是改革计入办法。**在职职工个人缴费部分仍然计入本人个人账户，按照本人缴费基数的2%计入个人账户，退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，额度是按照改革当年基本养老金平均水平的2%，暂按80元/月，待2022年度养老金数据发布后补划差额。

**二是实现家庭共济。**允许家庭成员相互共济使用个人账户。可用于支付职工医保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、医用耗材、医疗器械发生的由个人负担的费用；本人参加职工大额医疗补助的费用；配偶、父母、子女参加城乡居民医疗保险的费用。

**三是规范个人账户管理。**个人账户资金可以结转使用和继承，职工医保关系转移时个人账户资金结余资金随同转移，不具备转移条件的可一次性支付给本人。个人账户不得用于支付公共卫生、体育健身、养生保健等费用，同时严厉打击各类欺诈骗保行为，确保基金安全高效、合理使用。

六、建立职工门诊共济保障的主要措施

**一是建立普通门诊统筹。**逐步将门诊多发病、常见病纳入医保统筹基金报销，这些费用原来基本是靠个人账户解决的，但体弱多病的参保职工特别是老年人个人账户始终是不够用的，通过门诊共济保障，逐步提高门诊报销水平。

**二是加强慢特病的门诊保障。**将高血压、糖尿病、恶性肿瘤、门诊放化疗、肾病综合症、器官移植抗排异治疗等部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的疾病门诊费用纳入共济保障,对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，参照住院待遇进行管理。参保人员已办理门诊慢特病的，优先按门诊慢特病政策予以保障，超出门诊慢特病限额发生的门诊医疗费用，按普通门诊保障政策予以保障。

**三是加强特殊药品门诊保障。**职工医保参保人员经诊断需要门诊使用特殊药品且符合药品限定疾病范围的，按照特殊药品“三定”“双通道”管理，对患者用药全过程监督，执行特殊药品报销政策。

**四是增加日间手术的门诊保障。**将定点医疗机构开展的日间手术纳入门诊共济保障支付范围，参保人员在定点医疗机构接受日间手术治疗的，统筹基金支付执行普通门诊起付线和住院支付比例。

七、职工门诊共济保障的待遇保障

**一是普通门诊支付比例。**在一级、二级、三级医疗机构的统筹基金支付比例分别为75%、65%、55%，退休人员支付比例分别再提高5个百分点。

**二是普通门诊支付限额。**普通门诊年度统筹基金最高支付限额为3000元。单次最高支付限额为同级医疗机构首次住院起付线标准。即：一级、二级、三级医疗机构普通门诊单次最高支付限额分别为100元、200元、600元。未定级医疗机构参照一级医疗机构执行。

**三是普通门诊起付标准。**普通门诊统筹基金首次起付标准为同级医疗机构首次住院起付线的10%。即：一级、二级、三级医疗机构起付线分别为10元、20元、60元。从第二次起降低至首次住院起付线的5%。即：从第二次及以后在一级、二级、三级医疗机构起付线分别为5元、10元、30元。

**四是职工医保统筹基金年度支付限额。**门诊慢特病限额、门诊特殊药品保障限额、日间手术限额共用职工医保统筹基金年度支付限额。超出职工医保年度支付限额的，纳入职工大额医疗费用补助。政策范围内个人自负的费用纳入职工大病保险。

八、职工门诊共济保障的经办管理

**一是推进门诊费用跨省异地就医直接结算。**退休异地定居、长期驻外工作的参保人员进行异地就医备案后，在统筹地区外的异地定点医疗机构门诊就医发生的医疗费用实行联网结算、报销；就医时未能联网结算的，凭其医疗保障凭证、医疗费用发票等材料到参保地医保经办机构办理结算；参保人员急诊、抢救医疗费用报销不受定点医药机构管理、异地就医备案等限制。

**二是个人账户资金家庭成员共济。**职工医保参保人员的个人账户资金实行家庭成员共济，由参保人员本人通过线上、线下渠道向医保经办机构办理增加人员，并签署个人账户家庭成员共济承诺书、资金使用授权书。