**湖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**

湘政办发〔2022〕12号

各市州、县市区人民政府，省政府各厅委、各直属机构：

　　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，经省人民政府同意，结合我省实际，现就建立健全全省职工基本医疗保险门诊共济保障机制提出如下实施意见。

**一、总体要求**

　　以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻习近平总书记对湖南重要讲话重要指示批示精神，全面落实“三高四新”战略定位和使命任务，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，按照保障基本、平稳过渡、协同联动、因地制宜的原则，将门诊医疗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，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更加科学，门诊统筹医保管理和基金监管机制更加健全，职工医保制度更加公平更可持续。

**二、主要措施**

　　(一)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，待遇保障向退休人员适当倾斜，推进分级诊疗制度实施。参保人员在医保定点的一级医疗机构及基层医疗卫生机构就诊，政策范围内门诊医疗费用，不设起付标准，按70%比例支付；在医保定点的二级医疗机构就诊，政策范围内门诊医疗费用，起付标准200元，按60%比例支付；在医保定点的三级医疗机构就诊，政策范围内门诊医疗费用，起付标准300元，按60%比例支付。一个自然年度内，起付标准金额累计不超过300元，在职职工普通门诊统筹基金最高支付限额1500元，退休人员普通门诊统筹基金最高支付限额2000元。根据普通门诊统筹制度运行情况，由省级医保行政部门商财政部门适时调整待遇保障标准。

　　(二)统一职工医保慢特病门诊保障政策。重点做好高血压、糖尿病等群众负担较重的门诊慢性病、特殊疾病(以下统称门诊慢特病)医疗保障工作。统一门诊慢特病诊断纳入标准。规范门诊慢特病纳入医保基金支付的评审核准程序。建立门诊慢特病病种动态调整机制，原则上每两年调整一次。随着医保基金承受能力增强，可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、门诊费用负担重的疾病门诊费用纳入共济保障。在职职工慢特病政策范围内门诊医疗费用按80%比例支付，退休人员慢特病政策范围内门诊医疗费用按85%比例支付。根据各个慢特病的门诊诊疗规范、用药范围，合理确定慢特病门诊年度医保统筹基金支付限额。慢特病门诊待遇保障管理办法由省级医疗保障行政部门另行制定。

　　(三)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；退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入额度原则上按2021年度全省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%确定，确有困难的统筹地区，可暂按2021年度本市州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%确定，并分步调整，2024年1月1日起按全省统一标准执行。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，提高参保人员门诊待遇。

　　(四)规范个人账户使用范围。个人账户主要用于支付参保人员在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用。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。各市州可探索从个人账户统一代扣参保人员参加职工大额医疗费用补助、长期护理保险等个人缴费，探索个人账户用于参保人员的配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等个人缴费。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归参保人员个人所有，可以结转使用和依法继承。各统筹地区要加强对个人账户使用的管理，做好收支信息统计。

　　(五)拓展职工医保门诊保障范围。将符合规定的“互联网+”门诊医疗服务纳入保障范围，按照互联网医院依托的实体定点医疗机构结算政策进行报销。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，支持定点医疗机构门诊医师处方、医保医师电子流转处方到定点零售药店配药，按开具处方的定点医疗机构结算政策进行报销，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用。

　　(六)做好门诊费用与住院费用支付政策的衔接。普通急诊费用按普通门诊统筹政策支付，在门诊发生符合卫生健康部门规定的急诊抢救(含院前急诊抢救)费用，合并到住院费用结算或参照住院待遇政策由门诊统筹基金支付。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。符合条件的患者门诊使用“双通道”管理药品按“双通道”政策执行。健全门诊共济保障机制后，各市州可结合医保基金运行情况适当提高住院起付标准。

　　(七)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。完善门诊统筹基金总额预算管理，深化与门诊共济保障机制相适应的门诊医保支付方式改革。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。

　　(八)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，引导医务人员和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，将门诊医疗费用纳入常态化监管范围，强化智能监控，保持打击欺诈骗保高压态势，严肃查处造假欺诈、虚构医疗服务项目、过度诊疗、医保卡套现等欺诈骗保行为，确保基金安全高效使用。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。强化定点医药机构协议管理，建立健全适合门诊特点的医疗服务管理和考核体系，加强对门诊就诊率、转诊率、次均费用、费用结构等的考核，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。加快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、规范长期处方管理、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，规范基层定点医疗机构诊疗和转诊等行为。

**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。确保在2022年8月底前出台实施细则，在2022年12月底前建立职工医保门诊共济保障机制，稳妥启动实施改革。改进个人账户计入办法统一从2023年1月1日起执行。要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改革和政策效果评估等相关工作；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，配合医疗保障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。

　　湖南省人民政府办公厅

　　2022年3月4日