《安康市职工基本医疗保险门诊共济

保障机制实施办法》政策解读

现将《安康市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法》解读说明如下：

 一、背景依据

我市自1999年正式建立职工基本医疗保险制度以来，按照全国统一要求，实行统筹基金和个人账户相结合的保障模式，统筹基金保障住院和部分门诊慢特病，个人账户用来保障门诊小病和药品费用支出。随着社会经济的发展，人民需求的提高，个人账户凸显出保障功能不足、共济性不够、减轻负担效果不明显的问题。存在有病的不够用、没病不能用的缺点，在其他省份和地市还存在专门针对个人账户实施欺诈骗保的现象。因此，国务院办公厅于2021年4月22日，印发了《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），在全国实施改革，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。省政府办公厅于今年1月印发了《关于印发建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施方案的通知》（陕政办发〔2022〕2号），明确了我省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的总体要求、主要措施和组织实施要求。

 为落实中省要求，我局立足于统筹共济、保障基本、平稳过渡、政策连续的原则，坚持尽力而为、又量力而行，按照中省明确的工作要求和主要措施，改革职工医保人个账户，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，实现制度更加公平更可持续。

1. 基本框架

《安康市职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法（送审稿）》共六章，二十六条。

第一章为“总则”，阐明了《实施办法》的目的意义、指导思想、基本原则和适用对象。

第二章为“个人账户”，规定了改革个人账户计入办法、个人账户的使用范围和个人账户资金的结转使用和继承。

第三章为“门诊共济”，明确了普通门诊统筹的支付范围、待遇标准和就医结算方式，同时规定了其他门诊待遇和各种待遇间的衔接办法。

第四章为“监督管理”，提出了拓宽普通门诊统筹保障渠道、推进门诊异地就医直接结算、严格执行医保药品支付标准、加强医保个人账户管理、强化医保服务协议管理、完善基金使用监管机制和落实基金安全监管责任等管理措施。

第五章为“组织实施”，提出了三个“强化”的要求，即强化组织领导、强化管理服务和强化政策宣传，以保证《办法》落地实施。

第六章为“附则”，明确了本《办法》自2023年1月1日起施行。

三、改革重点

本《实施办法》重点涉及两项改革：

（一）严格按照中省标准，落实个人账户计入办法的改革要求。在国务院出台的《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），和省政府办公厅《关于印发建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施方案的通知》（陕政办发〔2022〕2号）中明确了个人账户的改改革计入办法。在本《实施办法》中，严格落实改革要求：用人单位在职职工按本人缴费基数2%的个人缴费部分，全部计入个人账户；退休人员个人账户划入额度调整到我市改革实施当年基本养老金平均水平的2%左右。

（二）全面开展精确核算，科学设置普通门诊统筹待遇标准。市医保局在起草过程中全面收集全市各县（市、区）职工基本医疗保险基金个人账户享受人次和收支情况，并分别向市人社局和市卫健委提取近3年全市退休职工人数、基本养老金平均数和全市各级医疗机构门诊病人就医人次、医疗费用等相关数据，深入开展调查研究和数据测算分析，科学设置待遇标准。职工基本医疗保险普通门诊统筹年度起付标准为200元。建立个人账户的在职人员门诊统筹年度最高支付限额为800元，退休人员年度最高支付限额为1000元。不享受个人账户待遇的参保人员，门诊统筹年度最高支付限额为300元。在职人员门诊统筹支付比例，从一级到三级医疗机构分别设置为60%、55%和50%，退休人员的支付比例在此基础上统一提高10个百分点。