**关于健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法（征求意见稿）的起草说明**

 一、政策背景及要求

建立健全职工医保门诊共济保障机制，是《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》作出的重大决策。2021年4月《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）印发，明确要求实施增强门诊共济保障功能、改进个人账户计入办法、规范个人账户使用范围、加强监督管理、完善与门诊共济保障相应的付费机制等五项措施。2021年12月，《省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》（苏政办发〔2021〕108号）印发。要求建立并完善职工医保普通门诊费用统筹保障机制、增强门诊共济保障功能、规范职工医保门诊慢性病、特殊病保障、改进个人账户计入办法、规范个人账户使用范围。并同步完善配套机制，加强医保基金监督管理、优化医药服务管理和医保公共服务、完善与门诊共济保障相适应的付费机制。

1. 总体原则与思路

在确保医保基金持续健康运行、确保门诊共济保障功能持续增强、确保统筹基金与个人账户使用更有效率的总体思路下，进一步完善苏州市职工医保门诊共济保障政策，并着重坚持以下原则：

一是坚持保障基本、促进公平。扩大门诊统筹保障与服务范围，更好发挥共济共享作用，确保参保人员公平享受医保权益与服务。

二是坚持政策优化、平稳过渡。保持基本政策的稳定性、连续性，适当提高门诊统筹待遇水平，确保改革前后待遇的顺畅、有序衔接。

三是坚持协同联动、规范统一。将完善门诊保障机制与改进个人账户制度和规范职工医保门诊慢性、特殊病保障等制度协同推进，进一步促进基本制度、政策的规范、统一。

四是坚持因地制宜、稳步实施。科学制定差异化管理政策，分时分类、稳妥有序地实施改革措施，并积极探索增强职工医保门诊保障的有效途径。

1. 主要内容

（一）提高门诊统筹最高支付限额。将基本医疗保险政策范围内的普通门诊医疗费用最高支付限额由目前的在职职工4000元、退休人员4800元统一提高到10000元。起付标准不作调整，仍为在职职工600元、退休人员400元，基金支付比例保持现状，在职职工在符合条件的一级及基层医疗机构、二级医疗机构、三级医疗机构就医的门诊统筹基金支付比例分别为80%、75%、60%；退休职工在此基础上分别提高10个百分点。

（二）调整个人账户计入方法。2023年1月1日起，将在职职工个人账户由目前的按年预划调整为按月实划，计入标准为个人参保缴费基数的2%，单位缴纳部分不再计入个账，直接划入统筹基金。退休人员2023年个账以现行标准按年定额划入，自2024年1月1日起，退休人员个账将按照我市实施改革当年基本养老金平均水平的2.5%计入。

（三）将门诊慢特病保障纳入门诊统筹保障。将健全门诊共济保障机制与基本医保市级统筹协同推进，完善现有门诊慢特病保障机制。改革后，门诊统筹待遇水平的提高部分高于现有门诊慢特病待遇水平的门诊慢特病种，在保障好参保人员合法权益的基础上，统一纳入门诊统筹保障，实现符合规定的门诊慢病保障由病种保障向费用保障过渡。

（四）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，可以用于支付参保人员本人其配偶、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。探索个人账户用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。

（五）建立健全相应配套机制。加强医保基金监督管理，强化对医保相关的医疗行为和医疗费用监管。优化医药服务管理和医保公共服务，完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制，发挥医保药品支付标准导向作用。创新门诊就医服务管理办法，健全医疗服务监控、分析和考核体系，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。完善与门诊共济保障相适应的付费机制。严格执行医保基金预算管理制度，推进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。