

渝府办发〔2022〕16号

各区县（自治县）人民政府，市政府有关部门，有关单位：

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）精神，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，经市政府同意，现就建立健全我市职工医保门诊共济保障机制提出如下实施意见。

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，全面落实习近平总书记对重庆提出的营造良好政治生态，坚持“两点”定位、“两地”“两高”目标，发挥“三个作用”和推动成渝地区双城经济圈建设等重要指示要求，既尽力而为、又量力而行，加快医疗保障重点领域和关键环节改革，将门诊医疗费用纳入职工医保统筹基金支付范围，稳步推进职工医保个人账户改革，建立健全门诊共济保障机制，提高医保基金使用效率，进一步减轻参保人员医疗费用负担，实现职工医保制度更加公平、更可持续。

(二) 主要目标。到 2022 年底，职工医保门诊共济保障政策措施得到进一步明确和细化。到 2023 年底，全面建立职工医保普通门诊统筹制度，将普通门诊医疗费用纳入医保基金支付范围，政策范围内支付比例不低于 50%；职工医保基金结构更加优化，个人账户管理机制更加完善，门诊统筹管理和基金监管机制更加健全，医保制度更加公平可持续。

二、主要措施

(一) 完善职工医保门诊慢性病、特殊疾病（以下统称门诊慢特病）保障机制。

统一并规范职工医保门诊慢特病保障政策。根据我市医保基金承受能力，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、费用负担重的疾病门诊费用纳入保障范围。根据诊疗需要，合理确定门诊慢特病支付比例和支付范围。对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，可参照住院待遇进行管理。

(二) 建立职工医保普通门诊统筹制度。

1. 明确保障范围。普通门诊统筹制度覆盖职工医保全体参保人员，将多发病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围。

参保人员在定点医疗机构发生的政策范围内普通门诊医疗费用实行限额支付，在一个自然年度内累计计算，超过起付标准后由统筹基金按比例支付。按照权利与义务对等的原则，根据我市医保基金承受能力科学确定年度起付标准、支付限额和支付比例，在职职工在定点医疗机构发生的符合规定的医疗费用，统筹基金支付比例不低于 50%，适度向退休人员倾斜。

2. 增强保障功能。建立调整机制，根据参保人员门诊医疗费用负担情况和医保基金承受能力，动态调整普通门诊统筹的起付标准、支付限额、支付比例。拓展保障范围，支持外配电子处方在定点零售药店结算和配药，将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入普通门诊统筹保障范围，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用；探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。

3. 强化制度协同。做好普通门诊费用与门诊慢特病、住院费用支付政策的衔接。医保基金对不同的门诊共济保障方式不重复支付。同步完善城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹制度，逐步提高保障水平。

（三）推进职工医保个人账户改革。

1. 改进计入办法。在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准原则上为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；退休人员个人账户原则上由统筹基金按定额划入，划入额度按照实施改革当年退休人员基本养老金平均水平的 2% 确定。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。

2. 规范使用范围。个人账户主要用于支付参保职工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；可以用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费，以及退休人员本人的职工大额医疗互助保险缴费。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。

预览已结束，完整报告链接和二维码如下：

https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=11_10350

