

山西省人民政府办公厅文件

晋政办发〔2021〕103号

山西省人民政府办公厅 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

各市、县人民政府，省人民政府各委、办、厅、局：

为进一步完善互助共济、责任共担的职工基本医疗保险（以下简称职工医保）制度，切实减轻职工医保参保人员门诊医疗费用负担，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，结合本省实际，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，全面贯彻党

的十九大和十九届历次全会精神,按照全方位推动高质量发展的决策部署,深化医疗保障制度改革,将门诊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。2022年建立全省统一的职工医保普通门诊费用统筹保障机制,2023年1月1日起在全省统一实施。在做好高血压、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)医疗保障工作的基础上,逐步将多发病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围。普通门诊统筹覆盖职工医保全体参保人员,政策范围内支付比例不低于50%,待遇支付适当向退休人员倾斜。针对门诊医疗服务特点,科学测算起付标准和最高支付限额,并做好与住院费用支付政策的衔接。适当提高基层医疗机构支付比例,引导参保人员在基层就医。职工医保普通门诊统筹办法由省医保局会同省财政厅、省卫健委另行制定。

(二)完善统一门诊慢特病制度。根据医保基金承受能力,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,可参照住院待遇进行管理。不断健全门诊共济保障机制,逐步由病种保障向

费用保障过渡。2022年,各统筹地区执行全省统一的职工医保门诊慢特病病种范围及准入(退出)标准。支持外配处方在定点零售药店结算和配药,充分发挥定点零售药店分布广泛、市场化程度高、服务灵活的优势,将符合条件的(资质合规、管理规范、信誉良好、布局合理,并且满足对所售药品已实现电子追溯等)定点零售药店提供的用药保障服务纳入门诊保障范围,探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。

(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。2023年1月1日起,在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入,计入标准为本人参保缴费基数 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,划入额度调整为实施改革当年全省基本养老金平均水平的 2% 。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;也可用于本人及其配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险、职工大额医疗费用补助和长期护理保险等的个人缴费。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。健全完善个人账户使用管理办法,做好收支信息统计。

(五)加强监督管理。完善管理服务措施,创新制度运行机制,引导医疗资源合理利用,确保医保基金稳定运行,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。要落实对门诊统筹基金的监管责任,建立健全门诊医疗服务监督管理机制,不断完善门诊统筹服务协议、医疗费用支付方式和服务质量考核评价体系,加强对门诊统筹定点医疗机构执行医保政策、履行服务协议情况的监督检查,确保门诊统筹基金安全有效使用。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。强化对医疗行为和医疗费用的监管,严厉打击欺诈骗保行为,严肃查处“挂床”住院、诱导住院等违法违规行,重点聚焦“假病人”“假病情”“假票据”等欺诈骗保行为。建立医保基金安全防控机制,确保基金安全高效、合理使用。

(六)完善付费机制和服务管理。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。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。加快推进门诊费用跨省异地就医直接结算。结合医疗保障统一信息平台建设,做好定点医疗机构跨省异地就医普通门诊费用直接结算数据接口改造及交叉测试工作,2021年底每个县

(市、区)至少一家定点医疗机构实现跨省异地就医普通门诊费用直接结算。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。通过协同推动基层医疗服务体系建设、完善家庭医生签约服务、规范长期处方管理等,引导参保人员在基层就医首诊。结合完善门诊慢特病管理措施,规范基层定点医疗机构诊疗及转诊等行为。

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,涉及广大参保人员切身利益,政策性和技术性强。各市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。省医保局、省财政厅要会同相关部门加强对各统筹地区的工作指导,上下联动,形成合力。

(二)积极稳妥推进。省医保局、省财政厅等相关部门要按照本意见要求,抓紧制定职工医保个人账户家庭共济操作规程、普通门诊统筹、门诊慢特病等相关配套措施,指导各统筹地区把握时间节点、压茬推进落实。各统筹地区要结合本地实际,进一步明确和细化政策规定,妥善处理改革前后的政策衔接,确保参保人员待遇平稳过渡。

(三)注重宣传引导。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。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。

山西省人民政府办公厅

2021年12月30日

(此件公开发布)

抄送：省委各部门，省人大常委会办公厅，省政协办公厅，省法院，省
检察院，各人民团体，各新闻单位。
各民主党派山西省委。

山西省人民政府办公厅

2021年12月31日印发

