

一、《细则》出台的背景

2021年4月，国务院办公厅印发了《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》，明确增强门诊共济保障功能、改进个人账户计入办法等重点改革措施，将普通门诊费用纳入统筹基金支付，增强医保基金的保障功能，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。2021年12月，省政府办公厅印发了《四川省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法》，明确个人账户划入方法，门诊共济保障方式，普通门诊起付标准、报销比例等，要求各地细化政策措施，出台实施细则，2023年1月开始施行。根据国家和省上的文件精神，结合达州实际，2022年11月8日，市政府办公室印发了《达州市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》，于2023年1月1日正式施行。

二、《细则》出台的意义

（一）有利于增强统筹基金共济功能。原来统筹基金和个人账户相结合的保障模式，集中精力解决群众的住院大病问题，拿出一部分基金建立个人账户解决门诊小病的问题，俗称“统筹基金管大病，个人账户管小病”。随着社会经济的发展，医疗保障水平不断提高，个人账户结余大、共济弱的矛盾问题日益凸显，造成医保基金的闲置，共济保障作用发挥不够。这次改革改进了职工医保保障模式，补齐了职工医保门诊费用保障的制度短板，把门诊费用纳入医保统筹基金支付范围，实现职工医保门诊保障从原来的“个人积累式”走向“互助共济式”，有利于增强医保基金的风险保障功能，回归社会保险互助共济的本源。

（二）有利于提高医保基金使用效率。当前，个人账户资金大量沉淀，使用效率不高，通过此次

改革，我市将会有4亿多的基金用于加强门诊统筹保障，这笔基金可以真正用在患者身上，特别是老年患者和经常患病的人身上，真正用于对医疗服务的支付。通过制度改革，在不新增缴费的情况下，激活了沉淀资金，提升了基金使用效率。同时，个人账户使用范围的扩大，将更大发挥个人账户沉淀资金使用效能。

（三）有利于引导患者合理就医。原来统筹基金只管住院，个人账户管门诊，导致本可以在门诊就医的转为住院治疗，小病大养、住院率过高现象不同程度存在，一方面增加了医保基金支出，另一方面造成医疗资源的浪费。《细则》的出台，填补了统筹基金不能用于门诊报销的空白，进一步完善了职工医保制度和政策体系。门诊医疗费用纳入统筹基金报销，将引导患者更加合理就医，解决小病大治等问题，让群众少花钱、看好病。

三、门诊共济保障对象

参加达州市职工基本医疗保险的在职和退休人员，全部纳入保障范围，实现制度全覆盖。

四、门诊共济保障方式

门诊共济保障方式主要包括普通门诊费用统筹保障、“两病”门诊用药保障、门诊特殊疾病保障等。统筹基金支付各类门诊共济保障的金额统一计入基本医疗保险年度最高支付限额。按“两病”门诊用药保障、门诊特殊疾病保障等政策规定，应由参保人员个人自付的医疗费用不纳入普通门诊费用统筹保障支付范围。



五、普通门诊费用统筹保障待遇标准

参加职工医保并在待遇享受期内的人员，按规定享受职工医保普通门诊费用统筹保障待遇。参保人员在定点医疗机构、符合条件的定点零售药店发生的符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施项目范围的普通门诊费用、购药费用（以下简称医药费）纳入职工医保统筹基金支付范围。按自然年度设起付线和年度支付限额，一个自然年度内累计计算。

待遇标准：在职职工起付线200元、退休人员起付线150元；在职职工报销比例为三级定点医疗机构和符合条件的定点零售药店50%、二级及以下定点医疗机构60%；退休人员报销比例为三级定点医疗机构和符合条件的定点零售药店60%、二级及

以下定点医疗机构70%；统筹基金年度报销封顶线为在职职工1000元，退休人员1300元。

（原按单建统筹方式参保的人员，起付线、报销比例与上述一致，统筹基金年度报销封顶线为在职职工550元，退休人员700元。）



六、高血压、糖尿病患者门诊用药保障待遇标准

患有高血压、糖尿病（以下简称“两病”）但未达到办理门诊特殊疾病标准的参保职工，纳入“两病”门诊用药保障范围单独保障。经认定后，在定点医药机构产生的符合医保基金支付范围的医药费，不设起付线，统筹基金按90%比例支付，每名患者年度最高报销高血压200元、糖尿病300元，同时患有两种疾病的，最高报销500元。

“两病”患者门诊用药范围为《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》内直接用于降血压、降血糖的治疗性药物，优先选用目录内甲类药品、优先选用国家基本药物、优先选用通过一致性评价的品种、优先选用集中带量采购中选药品。“两病”患者符合门诊特殊疾病标准的，纳入门诊特殊疾病管理范围，执行门诊特殊疾病保障政策，不复享受待遇。

七、门诊特殊疾病保障待遇标准

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门诊特殊疾病保障范围。将诊断明确，主要依赖药物在门诊长期治疗的29种疾病（具体见下表），纳入第一类门诊特殊疾病病种范围，治疗该类疾病的门诊医疗费用，符合医保基金支付范围的部分，年度支付限额内按70%报销。将病情稳定后，可在门诊治疗的20种疾病（具体见下表），纳入第二类门诊特殊疾病病种范围，治疗该类疾病的门诊医疗费用，符合医保基金支付范围的部分，按住院医疗费用报销规定支付。

序号	病种名称	年度支付限额（元）
1	甲状腺功能亢进症	1500
2	甲状腺功能减退症	1500
3	癫痫	1500
4	重度骨质疏松	1500
5	强直性脊柱炎	2500
6	精神病（第二类所含6种重型精神病除外）	2500
7	类风湿性关节炎	2500
8	支气管哮喘	2500
9	血小板减少性紫癜	2500
10	脑瘫	2500
11	高血压病（Ⅱ、Ⅲ级）	3000

序号	病种名称	年度支付限额（元）
12	肺源性心脏病	3500
13	高血压性心脏病	3500
14	冠状动脉性心脏病	3500
15	风湿性心脏病	3500
16	扩张性心肌病	3500
17	慢性阻塞性肺疾病	3500
18	糖尿病	4000
19	脑血管意外后遗症	4000
20	重症肌无力	4000
21	帕金森病	4500
22	慢性肝炎（慢性丙型肝炎除外）	5000
23	冠心病心脏介入治疗后抗血小板聚集治疗	5000
24	结核病	5000
25	冠心病支架或搭桥术后	5000
26	肝硬化失代偿期	5500
27	再生障碍性贫血	6000
28	肾病综合症	6000
29	地中海性贫血	6000

第二类门诊特殊疾病病种及报销方式

序号	病种名称	报销方式
1	恶性肿瘤	按住院医疗费用报销规定进行报销
2	白血病	
3	红斑狼疮	
4	器官或骨髓移植术后抗排斥治疗	
5	血友病	
6	精神分裂症	
7	分裂情感障碍	
8	偏执性精神病	
9	双相（情感）障碍	
10	癫痫所致精神障碍	
11	精神发育迟滞	
12	慢性丙型肝炎	
13	脊髓空洞症	
14	脊髓蛛网膜粘连	
15	结核性脑膜炎	
16	交通性脑积水	
17	慢性肾功能衰竭	
18	肝豆状核变性	
19	普拉德-威利综合征	
20	原发性生长激素缺乏症	

八、个人账户计入标准



改进职工医保参保人员个人账户计入办法，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

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的2%。

退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入额度为2022年达州市基本养老金平均水平的2.8%。

九、个人账户使用范围

个人账户除了用于支付参保人员在定点医疗机构和定点零售药店发生的政策范围内自付费用，还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，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，参加城乡居民基本医疗保险、大额医疗费用补助、长期护理保险等由政府开展的与医疗保障相关的社会保险的个人缴费。



十、异地就医待遇享受

参保职工在达州市外就诊或购药时，职工门诊统筹起付线、报销比例、年度报销封顶线与市内一致。

