

贵州省人民政府办公厅文件

黔府办发〔2021〕27号

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、自治州人民政府，各县（市、区、特区）人民政府，省政府各部门、各直属机构：

按照《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）要求，为进一步发挥职工基本医疗保险（以下简称职工医保）统筹共济功能，切实减轻职工医保参保人员门诊医疗费用负担，经省人民政府同意，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，全面贯彻落

实习近平总书记视察贵州重要讲话精神，按照党中央、国务院和省委、省政府决策部署，坚持把保障人民健康放在优先发展的战略地位，聚焦推动医疗保障重点领域和关键环节改革，以保障基本、平稳过渡、协同联动、因地制宜、政策均衡为基本原则，改革职工医保个人账户，健全普通门诊与慢特病门诊协同的职工门诊保障制度，进一步提高医保基金使用效率，为满足参保人员门诊医疗需求提供更坚实的制度保障。

二、主要目标

到 2023 年底，全省各统筹地区建立职工医保普通门诊保障制度；进一步扩大慢特病门诊病种范围，政策范围内支付比例保持在 75%左右，慢特病门诊保障制度更加完善；在职职工和退休人员个人账户划入标准达到国家政策要求；强化医保基金监管，提升医保服务，医保基金使用效率进一步提高。

三、重点任务

（一）建立健全普通门诊统筹保障机制。将职工医保参保人员普通门诊医疗费用纳入统筹基金支付范围。职工在医保定点医疗机构就诊的，年度起付标准确定为 150 元左右。根据不同医疗机构级别设置梯度支付比例，一级及以下医疗机构（包括社区卫生服务中心、乡镇卫生院、社区卫生服务站、村卫生室等）、二级医疗机构、三级医疗机构政策范围内支付比例分别为 70%、60%、50%左右，退休人员支付比例高于在职职工 5 个百分点。

年度最高支付限额不低于 2000 元。具体待遇标准由各统筹地区在省级统一的制度框架下，根据基金承受能力确定，并随经济社会发展和基金运行情况适时调整。已经开展普通门诊统筹的统筹地区要进一步规范政策标准，做好政策衔接，实现全省各地改革步调基本一致，待遇水平基本均衡。

（二）优化完善慢特病门诊保障制度。逐步扩大慢特病门诊病种范围，将更多长期或终身需要在门诊治疗、对健康损害大、费用负担重的常见病、多发病、重大疾病纳入全省统一的慢特病门诊保障，持续推进全省范围内慢特病病种名称、办理标准和待遇政策的规范统一。适当放开符合条件的慢特病病种患者门诊就医定点医疗机构的数量限制，更好满足参保人员医疗需求。简化办理手续和流程，逐步将慢特病门诊资格认定延伸至二级及以上的定点医疗机构。

（三）延伸拓展门诊保障形式。对未纳入慢特病门诊保障范围且适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，参照住院待遇进行管理和支付，可在部分统筹地区开展试点并逐步扩大范围。按照国家“双通道”管理要求，在严格定点、保障供应、规范使用、强化监管的基础上，建立处方流转平台，对纳入“双通道”管理的药品在定点零售药店和定点医疗机构施行统一的报销政策，增加药品供应渠道和患者用药选择，为参保患者购药提供更加便捷、可及的服务。探索将符合条件的“互联网+”医疗服

务纳入保障范围。

（四）改进个人账户计入办法。在职职工个人缴纳的基本医疗保险费全部计入本人个人账户，计入标准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。退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入额度可逐年调整，2023年底前调整到统筹地区改革当年基本养老金平均水平的2%左右，对退休人员影响较大的统筹地区划入额度原则上不超过养老金平均水平的3%。各统筹地区个人账户调整后的划入比例或标准，由省级医保部门会同财政部门按照以上原则，指导各统筹地区结合实际研究确定。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建立普通门诊统筹保障机制，提高参保人员门诊待遇。

（五）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。个人账户可以在实现联网结算的定点医药机构直接共济使用，定点医药机构不具备直接共济使用条件的，参保人员可凭有关结算票据到医保经办机构申请个人账户支付。探索个人账户用于配偶、父母、子女在省内参加城乡居民基本医疗保险，以及与基本医保紧

密衔接的普惠性短期商业健康保险等的个人缴费。随着全国统一的医疗保障信息平台建设的推进，逐步探索个人账户用于配偶、父母、子女跨省参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费。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。各统筹地区要健全完善个人账户使用管理办法，做好收支信息统计。

（六）完善与门诊共济保障相适应的付费机制。探索从糖尿病、高血压等治疗方案明确、评估指标清晰的慢性病入手，对基层医疗服务实行按人头付费，切实落实慢特病门诊管理服务要求。对日间手术及符合条件的门诊慢特病病种，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，实行按项目付费。依据国家医保药品支付标准政策，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。

（七）提高基金使用效率。建立个人账户全流程动态管理机制，加强个人账户使用、结算等环节的审核。建立健全医保基金安全防控机制，严厉打击欺诈骗保行为，强化对医疗行为和医疗费用的监管。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。扩大门诊费用异地就医直接结算范围，符合条件的职工医保参保人员能够在联网定点医疗机构实现普通门诊费用跨省直接结算，逐步将

更多门诊慢特病的相关治疗费用纳入异地就医直接结算范围。协同推动基层医疗服务体系建设，完善家庭医生签约服务，支持基层医疗机构做好日常慢性病管理和常见病诊治。落实慢特病参保患者常用药品长期处方管理，支持鼓励基层医疗机构开具长期处方。

四、组织实施

（八）强化组织领导。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，涉及面广、关注度高、改革任务重。各市（州）人民政府要高度重视，切实加强领导，组织医保、财政、卫生健康、税务等部门，研究和协调解决改革工作中的重大问题。省医保局要会同省财政厅、省卫生健康委、国家税务总局贵州省税务局等有关部门，强化沟通协调，按照工作安排部署，加强对各地的工作指导，及时有效解决改革推进过程中遇到的困难问题。

（九）稳妥有序推进。各统筹地区要统筹安排、科学决策，在2022年6月底前出台具体实施方案，于2022年9月底前启动实施（其中，个人账户家庭共济使用须在9月底前启动实施），在2023年12月底前完成工作任务。各统筹地区要合理确定待遇保障标准，妥善处理好改革前后的政策衔接，确保参保人员待遇平稳过渡。

（十）加强宣传引导。省医保局要会同有关部门和各市（州）

人民政府全面准确解读政策，广泛开展宣传，合理引导预期。进一步优化宣传形式，丰富宣传内容，提升宣传效果，充分发挥经办服务窗口、基层医保经办网点、医疗机构优势，及时、准确提供政策解释和引导。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。



（此件公开发布）

抄送：省纪委监委，省委各部门，省军区，武警贵州省总队。
省人大常委会办公厅，省政协办公厅，省法院，省检察院。
各民主党派省委，省工商联。

贵州省人民政府办公厅

2021 年 12 月 29 日印发

共印 1085 份，其中电子公文 819 份