

# 我国职工医保门诊共济保障改革的进展与思考\*

张磊<sup>①</sup>, 武若瑜<sup>①</sup>, 陈非非<sup>①</sup>, 张璐莹<sup>①</sup>

**摘要** 目的:系统梳理和归纳我国各省职工医保门诊共济保障改革政策进展,为推进和完善改革提供参考。方法:采用内容分析法,在各省级政府网站收集职工医保门诊共济保障改革政策文件,从个人账户计入与使用范围、普通门诊统筹待遇、慢特病统筹待遇和零售药店统筹待遇4个方面,分析各地的主要做法和差异。结果:我国各省个人账户计入办法分为按定额计入和按比例计入,少数省份个人账户支付范围拓宽至商业医疗保险缴费;普通门诊起付线在0元至1 800元,支付比例在50%至90%,封顶线在1 200元至不设封顶线,待遇政策向退休人员和基层医疗机构倾斜;4省正逐步探索全省统一的门诊慢特病种和保障待遇;8省已明确零售药店门诊统筹待遇。结论:各省职工医保普通门诊统筹待遇差异较大,少数省份已探索省级门诊慢特病待遇统一和零售药店门诊统筹,改革需注意普通门诊保障与住院保障衔接,并加强与家庭医生签约、医共体等改革的联动。

**关键词** 职工医保;门诊共济保障;慢特病;零售药店

**中图分类号** R1-9; R197 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)10-0010-04

**Progress and Reflection on the Reform of Outpatient Coordinated Guarantee Mechanism of Employee Medical Insurance in China/Zhang Lei, Wu Ruoyu, Chen Feifei, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(10):10-13**

**Abstract Objective:** To systematically summarize the reform measures for outpatient coordinated guarantee mechanism of employee medical insurance in provinces of China, as a reference for the promotion and improvement of the reform. **Methods:** The content analysis method was adopted to collect policy documents related to the reform from provincial government websites. Based on four aspects, including individual account distribution and usage scope, general outpatient treatment, chronic and special illness treatment for outpatient, and retail pharmacy treatment, the main practices and differences in each province were summarized. **Results:** In terms of personal account contribution, some provinces adopted a fixed amount while others utilized a proportion-based approach, with a few provinces expanding the scope of personal account payment to include commercial medical insurance premiums. The general outpatient treatment deductible ranged from 0 to 1 800 yuan, with a reimbursement rate between 50% and 90%, and a cap ranging from 1 200 yuan to no cap, with preferential policies being extended to retirees and grassroots workers. 4 provinces are gradually exploring a unified list of outpatient chronic and special illnesses and their corresponding medical treatment standards, and 8 provinces have defined retail pharmacy treatment policies. **Conclusion:** There are significant differences in the general outpatient treatment of employee medical insurance policy among provinces of China, and a few provinces have explored the unification of outpatient chronic disease treatment policies and developed retail pharmacy treatment policies. The reform should emphasize the connection between general outpatient and inpatient coverage, strengthen policy coordination and cooperation with the family doctor contract services and the medical community.

**Keywords** employee medical insurance; outpatient coordinated guarantee mechanism; chronic and special critical disease; retail pharmacy

**First-author's address** School of Public Health, Fudan University, Shanghai, 200032, China

**Corresponding author** Zhang Luying, E-mail: zhangluying@fudan.edu.cn

建立健全门诊共济保障机制是深化我国医疗保障制度改革的重要内容。2021年4月,国务院办公厅印发《关于建立健全职工基本医保门诊共济保障机制的指导意见》(国办发〔2021〕14号),通过职工医保门诊共济改革,调减个人账户当期计入,增强门诊共济保障功能,解决职工医保参保人门诊保障问题。2023年2月,国家医保局印发《国家医疗保障局办公室关于进一步做好定点零售药店纳入门诊统筹管理的通知》(医

保办发〔2023〕4号),将定点零售药店纳入门诊统筹管理,进一步提升门诊统筹保障水平。

我国各省份(直辖市、自治区)参照国家的指导意见陆续印发本省职工医保门诊共济保障改革文件。目前,已有研究主要聚焦在改革理论剖析、门诊统筹实施效果等方面,缺乏对各地门诊共济保障改革实践的系统梳理<sup>[1-2]</sup>。本研究从个人账户计入与使用范围、普通门诊统筹待遇、慢特病统筹待遇和零售药店统筹待遇4个方面,归纳全国31个省份职工医保门诊共济保障改革相关政策,比较各地差异,探讨政策之间的协同性,为进一步推进和完善改革提供参考。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料来源

以“职工医保”“门诊”“共济保障”“零售药店”

\*基金项目:国家社会科学基金重大项目(20ZDA072);上海市浦江人才计划(21PJJC024)。

①复旦大学公共卫生学院 上海 200032

作者简介:张磊(1999—),男,硕士在读;研究方向:卫生经济学与卫生政策;E-mail:21211020197@m.fudan.edu.cn。

通信作者:张璐莹,E-mail:zhangluying@fudan.edu.cn。

为关键词,在我国31个省级政府、医保局网站进行全文检索,收集各省份职工医保门诊共济保障改革相关政策文件,检索政策文件发布时间段为2021年4月1日至2023年4月30日。

## 1.2 资料分析

采用内容分析法,梳理各省职工医保门诊共济保障改革政策,包括个人账户的计入办法与使用范围、普通门诊统筹待遇、慢特病统筹待遇和零售药店统筹待遇4个方面。

## 2 结果

### 2.1 个人账户计入办法与使用范围

除浙江外,30个省份均在改革政策中提及个人账户改革具体办法,其中5个省份设置过渡期,分阶段调整个人账户计入办法。

各省在职人员个人账户计入标准均按照本人参保缴费基数的2%确定。在退休人员个人账户计入办法上,北京、天津、上海、海南和西藏5省份由统筹基金按定额划入,每月划入金额在40元(天津)至120元(西藏),除西藏外的4省份均区分年龄段调整退休人员个人账户计入办法。另外,有25省份退休人员个人账户参考基本养老金平均水平按一定比例定额划入,划入比例在2.0%~2.8%(广东、宁夏),其中8省份参考其基本养老金平均水平,17省份规定由统筹地区参考当地基本养老金平均水平确定。另外,贵州规定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%。

在个人账户使用范围上,一是扩大个人账户的使用人群,各省均支持个人账户家庭共济;二是拓宽个人账户的支付内容,部分省在个人账户用于支付定点医疗机构和零售药店相关医药费用基础上,进一步提出支持探索个人账户用于基本医疗保险缴费(29省份)、长期护理保险缴费(17省份)、职工大额医疗费用补助缴费(12省份)和商业医疗保险缴费(5省份)。

### 2.2 普通门诊统筹待遇

2.2.1 起付线。23省份明确起付线设置标准,青海、广东不设置起付线,另有6省未在省级层面提及起付线设置标准。在明确起付线设置标准的省份中,16省份规定了起付线具体金额,其中13省份根据年度医疗费用设置起付线,3省份根据单次就诊医疗费用设置起付线,具体见表1。另外,海南规定普通门诊起付线与门诊慢特病、住院合计起付线。整体来看,起付线在0元(河南基层)至1800元(北京)不等;随医疗机构等级升高而升高,邻级医疗机构起付线差额在20元(山西)至200元(湖南);在职人员起付线高于退休人员起付线,差额在50元(四川)至500元(北京)。

7省份主要以城乡居民人均可支配收入或城镇单位就业人员平均工资为基数,参考统筹地区或全省水

平,按照一定比例确定起付线的具体金额,具体见表2。

2.2.2 支付比例。除内蒙古未提及支付比例相关政策外,6省份按照国务院指导文件规定在职人员支付比例不低于50%;4省份明确各级医疗机构最低支付比例;20省设置具体支付比例,各级医疗机构支付比例在50%至90%(北京一级及以下医疗机构),以中位数统计,一级及以下、二级、三级医疗机构支付比例分别集中在65%、60%、50%,一级及以下医疗机构支付比例具体情况,见图1。

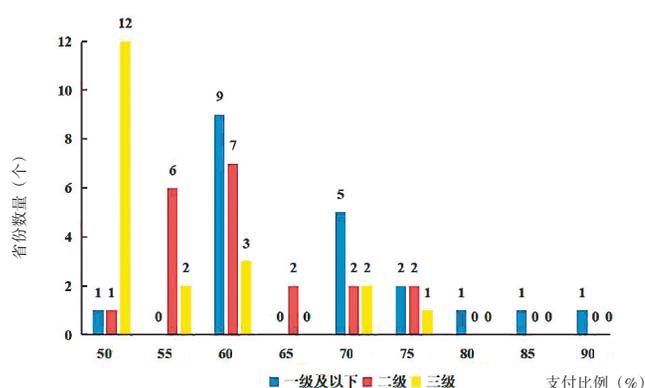


图1 各省各级医疗机构门诊统筹支付比例

整体来看,支付比例设置呈现两个特点:一是向基层倾斜,邻级医疗机构支付比例差额在0%(河北)至20%(北京、内蒙古),集中在5%和10%;二是向退休人员倾斜,退休人员较在职人员支付比例提高0%(湖南、天津)至20%(北京),集中在5%。

2.2.3 封顶线。上海、北京不设门诊统筹支付封顶线,5省份未明确封顶线标准,24省份按定额或按比例设置封顶线标准。在按定额设置封顶线标准的18省份中,10省份明确设置具体封顶线,金额在1200~20000元,具体情况见图2,其中新疆设置年度支付限额和各级医疗机构单次支付限额、内蒙古和海南门诊支付限额纳入统筹基金年度支付限额计算;6省份规定不

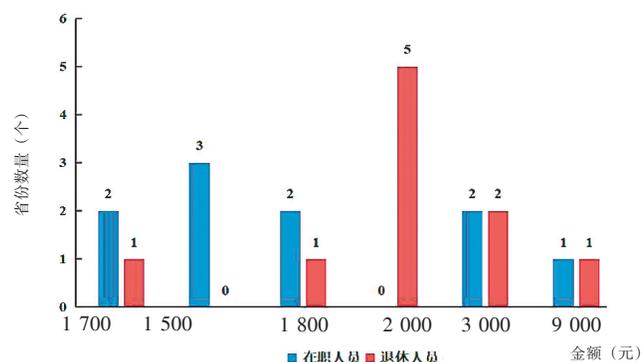


图2 各省门诊统筹支付限额情况

表1 按定额设置起付线类型及代表省份情况

项目设置	起付线类型	代表省份起付线设置标准
按年度设置	明确设置统一额度：4省	河北：100元
	不高于某一额度：3省	甘肃、辽宁：不高于300元
	区分医疗机构等级：2省	海南：一级及以下、二级、三级医疗机构起付标准分别是10元、50元、100元
	区分在职和退休：4省	四川：在职职工200元，退休人员150元 西藏：起付标准为300元，退休人员在此基础上降低30%
按次设置		河南：每次不超过50元，基层机构不设起付线 云南：一级及以下医疗机构30元/次，二级医疗机构60元/次，三级医疗机构90元/次

表2 按比例设置起付线的省份情况

省份	参考基数	参考层级	参考比例
安徽	城乡居民人均可支配收入	统筹地区	3%左右
江苏	全口径城镇单位就业人员平均工资	统筹地区	不高于1%
湖北	全口径城镇单位就业人员平均工资	统筹地区	在职、退休分别不高于1%、0.8%
福建	全口径城镇单位就业人员平均工资	全省	1%左右
山东	全口径城镇单位就业人员平均工资	全省	不高于2%，区分医疗机构设置
天津	职工年平均工资	全市	在职1%左右，退休降低100~150元
新疆	首次就诊起付线按同级医疗机构首次住院起付线的10%确定，从第二次起依次降低1%，最低降至首次住院起付线的5%		

表3 按比例设置封顶线的省份情况

省份	参考基数	参考层级	参考比例
安徽	城乡居民人均可支配收入	统筹地区	5%左右
江苏	全口径城镇单位就业人员平均工资	统筹地区	8%左右
湖北	全口径城镇单位就业人员平均工资	统筹地区	在职、退休分别不高于3%、3.5%
广东	全口径城镇单位就业人员平均工资	统筹地区	不低于2%
山东	全口径城镇单位就业人员平均工资	全省	5%左右，25年较20年平均提高50%
福建	全口径城镇单位就业人员平均工资	全省	25%左右

低于400元~3 000元设置封顶线标准，甘肃规定封顶线不高于2 500元；云南规定封顶线原则上为统筹地区在职人员人均年筹资总额。

6省份按比例设置封顶线标准，同样在参考的基数、层级和比例不同有所不同，具体见表3。除广东外，其余5省份封顶线设置方式与起付线设置方式对应。

### 2.3 慢特病统筹待遇

在慢特病保障上，14省份明确逐步统一全省门诊慢特病病种目录，其中湖南、辽宁、贵州、四川提出统一全省慢特病待遇；福建、河北提出由统筹区自行设定待遇标准。福建、湖南、吉林、云南提及具体待遇，门诊慢性病统筹待遇上，湖南不设起付线，云南规定起付线300元左右，吉林规定与普通门诊合并计算起付线；支付比例在60%~85%；封顶线一般根据病种设置，云南单病种封顶线为2 000元且每增加一个病种封顶线增加1 000元，吉林规定封顶线不超过6 500元。门诊特殊病参照住院管理，起付线单设，其中福

建规定年度起付线按全口径城镇单位就业人员平均工资的1%左右确定，湖南规定不设起付线；支付比例参照住院待遇，封顶线与住院合计。

### 2.4 零售药店统筹待遇

10省份在政策层面提及零售药店门诊统筹待遇相关信息，其中7省份（新疆、辽宁、江西、四川、湖北、陕西、河北）直接出台相关文件将零售药店纳入门诊统筹管理，并提及定点零售药店准入政策，8省份明确外配处方在零售药店购药具体待遇。天津、安徽、江苏规定按照开具外处方的定点医疗机构相关待遇规定执行，四川规定执行统筹地区二级及以下定点医疗机构相同的医保待遇政策，新疆、辽宁、江西则规定执行与统筹地区定点基层医疗机构相同的医保待遇政策，湖北规定按照支付比例在职人员60%、退休人员68%落实相关待遇。

## 3 讨论与建议

### 3.1 各省职工医保普通门诊统筹待遇政策差异较大

建立健全职工医保门诊共济保障机制是深化我国

医疗保障制度改革的重要举措,可以有效化解参保人门诊大病经济风险。改革中,各省在普通门诊统筹待遇政策上差异较大。第一,个人账户计入水平及统筹基金保障深度与当地社会经济发展水平不相适应,如天津退休人员个人账户计入水平(40元/月)低于西藏(120元/月),且天津二、三级医疗机构普通门诊支付比例低于西藏。第二,普通门诊起付线、支付比例和封顶线存在较大差异,地区之间均等化水平较低,影响医保关系转移续接和跨区结算<sup>[3]</sup>。起付线上,各省设置方式多样,具体起付线金额可相差1 800元;在支付比例上,同级医疗机构支付比例差距最高可达40%;大多省份封顶线在1 200~3 000元,天津封顶线设置为9 000元,上海、北京不设置封顶线。

### 3.2 少数省份已探索省级门诊慢特病统一和零售药店门诊统筹

在门诊慢特病保障政策上,4省份在改革文件中明确了逐步制定全省统一的病种目录和待遇标准,探索从病种保障向费用保障过渡,而大多省份尚未出台相关政策。在零售药店门诊统筹上,7省份在国家零售药店门诊统筹政策发布后陆续出台省级政策,大多省份目前仍未出台零售药店门诊统筹待遇政策。门诊医疗服务与门诊药品分类管理和支付是各国医疗保障制度的主要做法,为防止药品滥用,门诊医疗服务支付水平一般高于门诊药品。而我国职工医保门诊共济保障改革中,外配处方待遇与普通门诊统筹待遇持平或更高,这有利于加速形成“医”“药”分家保障的局面,减轻门诊负担、便于患者用药,但同时也需要加强门诊药品使用监测、防治药品滥用。

### 3.3 改革需注重普通门诊保障和住院保障相衔接

医疗保险改变参保人对医疗服务价格的敏感程度,在两种服务都能满足需要时,参保人更倾向选择保障水平更高的医疗服务,因而过度的住院保障易导致参保人在病情较轻时不能选择恰当的医疗服务,造成医疗服务滥用和医疗费用不合理上涨,也是此次改革前我国面临的现实问题<sup>[4-5]</sup>。门诊服务具有需求弹性较大的特征,提高普通门诊保障水平可以大幅促进参保人利用门诊服务,并降低住院服务利用,改变医疗费用结构,并被广泛证实<sup>[5-9]</sup>。相较于住院,目前各省普通门诊保障水平较低,起付线较高且支付比例较低,不利于参保人选择恰当的医疗服务<sup>[10]</sup>。考虑到福利刚性原则和医保基金可持续性,改革初期普通门诊保障水平不宜过高,待政策稳定后需逐步调整并向住院保障水平看齐,构建普通门诊保障和住院保障相适应的医疗保障制度。

### 3.4 改革要加强与家庭医生签约、医共体等政策的联动,引导基层首诊

各省改革中用于衔接分级诊疗制度的措施较为单

一,主要通过设置逐级递减的普通门诊支付比例并与外配处方在零售药店购药待遇绑定,引导患者基层就诊。少数省份将普通门诊保障待遇与家庭医生签约服务联动,促进签约家庭医生和基层就诊,如河南规定签约家庭医生的参保人在签约机构门诊的支付比例提高5%,且基层医疗机构门诊统筹支付不设起付线。未来可进一步加强改革与医共体政策的联动,激励参保人基层首诊、连续转诊等有序就诊行为,如对连续转诊的患者,减免其普通门诊起付线等<sup>[11]</sup>。通过与家庭医生签约、医共体等政策联动,修正自由就医背景下患者无序的医疗服务利用行为,引导患者更多下沉于基层医疗机构。

### 参 考 文 献

- [1] 胡芳芳,秦文哲,赵燕,等. 职工医保门诊共济保障机制改革的思考[J]. 中国卫生经济, 2023,42(3):14-16.
- [2] 曹清华,宋海伦. 城镇职工医保门诊统筹的政策效应分析——基于CHARLS数据的实证检验[J]. 社会保障研究, 2022(4):23-32.
- [3] 黄薇,朱晓丽. 我国职工医保门诊共济保障政策分析及优化[J]. 卫生经济研究, 2023,40(1):49-52.
- [4] ROEMER M I, HOPKINS C E, CARR L, et al. Copayments for ambulatory care: penny-wise and pound-foolish[J]. Med care, 1975,13(6):457-466.
- [5] 朱凤梅,张小娟,郝春鹏. 门诊保障制度改革:“以门诊换住院”的政策效应分析——基于中国职工医保抽样数据的实证检验[J]. 保险研究, 2021(1):73-90.
- [6] SPILLMAN B C. The impact of being uninsured on utilization of basic health care services[J]. Inquiry, 1992,29(4): 457-466.
- [7] ROSENBLATT R A, HART L G, BALDWIN L M, et al. The generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care?[J]. JAMA, 1998,279(17):1364-1370.
- [8] 朱凤梅. 职工医保门诊统筹对道德风险发生的影响——兼论患者成本分担变动的政策效果[J]. 北京社会科学, 2021(9):98-110.
- [9] 简伟研,方海. 门诊服务对住院服务替代效应的实证分析[J]. 北京大学学报(医学版), 2015,47(3):459-463.
- [10] 张小娟. 基于门诊和住院保障的视角重构医保待遇保障组合[J]. 中国卫生政策研究, 2021,14(5):21-27.
- [11] 傅卫,赵东辉. 职工医保门诊共济保障改革与分级诊疗制度建设[J]. 中国医疗保险, 2020(12):17-22.

[收稿日期: 2023-07-08] (编辑: 张红丽)