

职工医保门诊统筹待遇设计现状与启示

付晓光^①, 刘小荃^②, 柴培培^①, 陈俊利^③

摘要 职工医保门诊改革是医疗保障领域的一项重要改革。文章梳理了2021年国家启动门诊共济保障改革前已开展普通门诊统筹地区的门诊待遇设计情况, 总结“两线一比例”的分布情况和主要特点, 为各地进一步推动门诊共济保障改革提供决策依据。

关键词 职工医保; 门诊统筹; 个人账户

中图分类号 R1-9; R197.1 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)12-0021-03

The Current Status and Enlightenment of the Outpatient Co-Ordination Benefit Design for Employees' Health Insurance Policies/Fu Xiaoguang, Liu Xiaoquan, Chai Peipei, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(12):21-22, 120

Abstract The reform on the outpatient coordination of Employee Medical Insurance is very important in the field of medical security. It sorts out the design of outpatient treatment in areas where general outpatient coordination has been carried out before the national reform of outpatient security launched in 2021, summarizes the institutional design and main characteristics of “two lines and one ratio”, and provides a decision-making basis for further promoting the reform of total outpatient security in various regions.

Keywords employee medical insurance; outpatient co-ordination; individual account

First-author's address China National Health Development Research Center, 100044, Beijing, 100044, China

我国职工医保门诊保障分为普通门诊和慢特病门诊两部分, 门诊慢特病的保障全国基本已全部覆盖, 但是普通门诊保障仍然是不平衡、不充分的^[1]。2021年, 国家启动职工门诊共济保障改革, 目的是提高门诊保障水平、引导合理住院需求, 完善总体保障待遇设计。职工医保基金体量大、政策调整社会影响面大, 因此已开展普通门诊统筹地区的政策设计对未开展地区有较强的借鉴意义。根据互联网公开信息, 笔者收集了国家全面启动门诊改革前, 75个已开展职工普通门诊统筹地区的实施方案, 通过梳理上述地区普通门诊的待遇设计, 以期为推动门诊共济保障改革提供决策参考。

1 待遇设计概况

在2021年国家门诊共济保障改革启动前, 北京、天津、上海、广东、河北、内蒙古、辽宁、吉林、江苏、浙江、福建、山东、湖北、陕西、宁夏、新疆等16省份的75个统筹地区开展了职工普通门诊统筹。在已开展地区中, 绝大部分地区普通门诊保障覆盖所有参保人员, 通过设定起付线、封顶线和报销比例的形式确定门诊待遇。

在起付线方面, 起付线设置主要有全人群统一按年设置起付线、全人群统一按次设置起付线、分人群

单独设置起付线、按医疗机构级别单独设置起付线、不设起付线等形式, 大部分统筹地区采取全人群统一按年设置起付线的形式, 起付线最高1 800元/年, 起付线最低是100元/年, 起付线均值约为980元/年, 中位数为1 000元/年。

在封顶线设置方面, 封顶线设置主要有全人群统一按年设置、分人群单独设置、不设封顶线等形式。大部分地区采取全人群统一按年设置封顶线的形式, 封顶线最高为23 000元/年, 最低为500元/年, 封顶线均值约为4 131元/年, 中位数为2 000元/年。

在报销比例方面, 主要有4种形式: 统一报销比例、按照医疗机构级别单独设置报销比例、按人群设置报销比例、按费用分段设置报销比例。其中按医疗机构级别单独设置报销比例的较为普遍, 一、二、三级医疗机构平均报销比例随医疗机构级别升高而降低, 各级医疗机构间报销比例差值在10%~15%左右(表1)。

表1 按医疗机构设置报销比例地区报销比例情况 %

项目	一级医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构
平均数	73.8	61.0	53.0
中位数	75.0	60.0	50.0
众数	80.0	70.0	50.0

2 门诊统筹政策设计的主要特征

结合已开展门诊统筹地区地域特点, 以及医疗保障相关政策设计, 可以发现各地推动普通门诊统筹工作的一些共性特征和差异化设计。

一是较早开展普通门诊统筹的地区存在共同点。

① 国家卫生健康委卫生发展研究中心 北京 100044

② Duke University Master in Interdisciplinary Data Science (MIDS)

③ 潍坊医学院 山东 潍坊 261053

作者简介: 付晓光(1979—), 女, 博士学位, 研究员; 研究方向: 医疗保障 人口健康; E-mail: fuxg@nhei.cn。

主要集中于社会经济发展水平较高，人口老龄化程度相对偏低，基金充裕性较好，医疗资源配置相对完整健全的东部沿海地区；在资金来源方面，主要通过减计弱化个人账户功能、“通道式报销”、取消个人账户等不同措施，开展门诊共济保障。因此，这些地区参保人群普通门诊保障的需求和供给能够良性运行，住院医疗服务利用也相对合理有序。

二是普通门诊待遇设计与住院类似，但各地区待遇水平差异化明显。绝大部分地区的普通门诊通过设置起付线、封顶线和报销比例来确定待遇，但是，各地区的起付线和封顶线的设置形式、绝对值水平、以及用当地城镇居民可支配收入标化后的水平差异较大。在与住院待遇设计衔接方面，绝大多数的地区住院起付线是按医院级别以及人群设定，但门诊起付线形式相对单一，以全年统一设置起付线形式居多；相当一部分地区的门诊起付线是高于住院起付线的，如北京、浙江和福建等部分统筹地区；各地区对报销比例的设计思路较为类似，政策设计导向是向基层引导就医，在不同级别医疗机构间适当拉开差距。

三是部分地区探索基于分级诊疗体系开展普通门诊支付。如东莞市强制基层首诊，规定参保人员在本市享受普通门诊统筹待遇应当选定基层医疗机构作为普通门诊就诊机构，只有到选定定点医疗机构就医或于定点医疗机构首诊后转诊的医疗行为所产生的费用统筹基金才予以支付^①。青岛市将社区家庭医生签约与普通门诊统筹相结合，通过社区居民自主选择定点社区医疗服务机构，确定家庭医生，签约的参保人员实行社区首诊制，由家庭医生视病情进行分级诊治和双向转诊^②。统筹地区的社会经济发展水平、门诊统筹模式和待遇设计、医疗供给体系、居民就医需求等均是参保人员门诊（甚至住院）就医行为和医疗费用的重要影响因素，其中普通门诊的医保待遇设计是门诊保障效果的直接影响因素。已开展普通门诊统筹地区的待遇设计总体上表现为差异性大于共性的特点，且存在待遇设计较为繁复、缺少基于需求和供给体系的测算，以及与住院等相关保障待遇有效衔接等问题。如：部分地区的待遇设计较为复杂不易理解，在起付线和封顶线等方面设置多重的规则或限制，影响参保人员门诊的受益率和受益水平；部分地区方案设计过于保守，起付线较高、封顶线较低，报销比例偏低等，与居民实际门诊需求和医疗供给能力不相适应；部分地区存在普通门诊起付线高于住院起付线，普通门诊报销比例低于住院报销比例等，不仅影响门诊待遇水平，也变相推动了住院医疗服务的过度利用。

3 启示与建议

根据公开信息，截止到2022年底，全国31个省（区、市）均已发文，建立健全当地职工医保门诊共济

保障机制，总体来看，各省的做法与国家文件要求基本一致，但是，职工医保基金是以地市级统筹层次为主，门诊改革实施后在统筹地区层面的具体实施方案或做法还有待进一步的关注、梳理和总结。职工门诊共济保障改革的出发点是调结构、盘活存量基金，最终落脚点应是提高参保人员的总体保障水平，降低就医负担，引导居民形成良性的就医格局。因此，各地区在落实门诊改革工作时，应基于个人账户减计方案和已有慢特病和住院的待遇而设计，结合本地区的人口、经济、医疗、疾病谱等因素，借鉴已开展门诊统筹地区的待遇设计做法，扬长避短，设计符合本地区的普通门诊统筹实施方案。具体建议包括：

一是在起付线设置方面。应与当地居民门诊费用水平、社平工资水平以及住院待遇设计等相衔接。从已开展地区的经验来看，年人均普通门诊次数普遍较高，且每百门诊人次入院人数总体低于全国水平，说明其门诊待遇保障相对充分。北京、浙江、天津、上海等普通门诊统筹已开展多年，且门诊需求较为平稳和待遇保障较为充分的地区为参考，在此基础上再结合本地次均费用水平、社平工资水平和医疗机构级别等因素设置起付线。建议在门诊改革初期，将起付线稳定在参保人群医疗机构就诊2~3次后的费用水平（即次均门诊费用的2~3倍），并结合就诊医疗机构级别分别设定，在运行一段时期后，根据门诊需求以及基金支付能力等因素调整起付线。

二是在封顶线方面。应结合本地基金收支情况、就医情况、以及起付线和报销比例设置，在统筹基金存量较高的地区，可以适当调高或取消封顶线，扩大门诊保障效应，在统筹基金可持续性存在系统性风险地区，建议比照起付线水平，适当设置封顶线。

三是在报销比例方面。多数地区按照二级、三级医疗机构来设置政策报销比例，但从实地调研效果看，引导到基层就医的作用并不明显，这一方面是与基层服务能力不足相关；另一方面也与各级医疗机构报销比没有合理拉开差距有关。职工门诊次均费用水平绝对值低，如果不同级别医疗机构的报销比例差异较小，参保人员对分级就诊的“报销额”的敏感性不强。因此，建议在充分论证起付线水平、基金支付能力的前提下，适当调高门诊政策报销比例，并拉开不同级别医疗机构的报销比例，在基层医疗机构能力较强的地区，参照深圳、东莞等地做法，探索实施基层首诊，再按医疗机构级别合理拉开报销比例，结合家庭医生签约服务，将“小病”、慢性病等诊治留在基层，通过医保政策引导医、患双方以治病为中心向以健康为中心转移。

四是规范和完善门诊慢特病的保障方案。门诊慢

（▶▶下转第120页▶▶）

4.3 以同质化为目标，提高接续性医疗服务的专业化程度

一是根据接续性服务的对象、功能状况、疾病情况等制定相应的患者评估标准，并与电子病历相衔接，从而使患者进入和退出接续服务的标准一致。并加强信息化数据库在各级各类医疗机构间的衔接，促进患者信息的流通和使用分析。二是制定评价接续性医疗服务质量的指标，发挥医保“价值购买”的作用，引导接续性医疗机构主动提升服务质量，控制医疗费用。

参 考 文 献

- [1] FETTER B. Origins and elaboration of the National Health Accounts, 1926–2006[J]. Health care financing review, 2006, 28(1): 53–67.
- [2] KANE R L. Assessing the effectiveness of postacute care rehabilitation[J]. Archives of physical medicine and rehabilitation, 2007,88(11):1500–1504.
- [3] BUNTIN M B. Access to postacute rehabilitation[J]. Archives of physical medicine and rehabilitation, 2007,88(11): 1488–1493.
- [4] Medway Primary Care Trust. Intermediate care strategy for Medway and Swale[R]. UK.: Medway Primary Care Trust, Matrix MHA, 2003.
- [5] YOUNG J. The development of intermediate care services in England[J]. Archives of gerontology and geriatrics, 2009,49 (Suppl):S21–S25.
- [6] YOUNG J, GREEN J, FORSTER A, et al. Postacute care for older people in community hospitals: a multicenter randomized, controlled trial[J]. Journal of the American geriatrics society, 2007,55(12):1995–2002.
- [7] Department of Health. Shaping the future NHS: Long-term planning for hospitals and related services—consultation document on the findings of the national beds inquiry supposing analysis[EB/OL].(2012–08–09) .http://www.Dh.Gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/Publications Policy And Guidance/DH_4009640.
- [8] CAPUZZO M, VOLTA C A, TASSINATI T, et al. Hospital mortality of adults admitted to intensive care units in hospitals with and without intermediate care units: A multicentre European cohort study[J]. Crit care, 2014,18(5):1–15.
- [9] LIU K, GAGE B, HARVELL J, et al. Medicare’s post-acute

care benefit: Background, trends, and issues to be faced[R]. US.: The Urban Institute, 1999.

- [10] Centers for Medicare & Medicaid Services. Medicare and You 2008[M]. US.: DIANE Publishing, 2008.
- [11] WANG Y C, CHOU M Y, LIANG C K, et al. Post-acute care as a key component in a healthcare system for older adults[J]. Annals of geriatric medicine and research, 2019, 23(2):54–62.
- [12] BURKE R E, JUAREZ-COLUNGA E, LEVY C, et al. Rise of post-acute care facilities as a discharge destination of US hospitalizations[J]. JAMA internal medicine, 2015,175(2): 295–296.
- [13] 赵岳. 探讨连续护理过程中出院计划模式的应用[J]. 中国护理管理, 2007,7(7):78–80.
- [14] 董玉静, 尚少梅, 么莉, 等. 国外延续性护理模式研究进展[J]. 中国护理管理, 2012,12(9):20–23.
- [15] 王丹, 李善玲, 徐玉林. 国内外延续护理研究现状[J]. 护理研究, 2016,30(20):2436–2438.
- [16] NAKANISHI M, SHINDO Y, NIIMURA J. Discharge destination of dementia patients who undergo intermediate care at a facility[J]. Journal of the American medical directors association, 2016,17(1):92. e1–e7.
- [17] MARTIN G P, PEET S M, HEWITT G J, et al. Diversity in intermediate care[J]. Health & social care in the community, 2004,12(2):150–154.
- [18] 王云, 张瑞华, 刘金平, 等. 老年人中期照护的发展[J]. 中华老年医学杂志, 2018,37(9):1055–1058.
- [19] GRIFFITHS P D. Effectiveness of intermediate care in nursing-led inpatient units[J]. Journal of Advanced Nursing, 2008,2(5):CD002214.
- [20] COTTERILL P G, GAGE B J. Overview: Medicare post-acute care since the balanced budget Act of 1997[J]. Health care financ rev, 2002, 24(2):1–6.
- [21] Centers for Medicare & Medicaid Services. Bundled payments for care improvement (BPCI) initiative: general information[EB/OL]. (2018–10–11). https://innovation.cms.gov/initiatives/bundled-payments/.
- [22] 邓明, 张柠. 美国捆绑式支付方式对完善我国连续性医疗服务体系的启示[J]. 中国卫生经济, 2019,38(2):94–96.
- [23] 李倩. 国际视野下江苏省医疗卫生服务体系及其分级诊疗制度研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2020.

[收稿日期: 2023–09–18] (编辑: 彭博)

(◀◀上接第22页◀◀)

特病的费用水平介于住院和普通门诊之间，是从病种起步探索门诊保障的一种形式，在全面实施门诊共济保障的背景下，应进一步规范门诊慢特病受益范围，按病种或费用分类管理，逐步分流至普通门诊、日间手术或参照住院报销等渠道。

参 考 文 献

- [1] 付晓光, 万泉, 柴培培, 等. 我国职工医保门诊保障的现

状及改革思考[J]. 中国医疗保险, 2021(6):36–38.

- [2] 邹萃. 广东门诊统筹调查[J]. 中国社会保障, 2009(12): 74–76.
- [3] 朱彪. 青岛市社区家庭医生联系人制度和普通门诊统筹制度试点效果研究[D]. 济南: 山东大学, 2010.

[收稿日期: 2023–09–08] (编辑: 张红丽)