

# 职工医保门诊共济保障政策分析与优化

侯宜坦 毛宗福

**摘要:** 建立健全职工医保门诊共济保障机制是党中央、国务院深化医疗保障制度改革的重要任务,也是惠及 3.6 亿参保职工的重要民生福祉。我国于 2021 年全面启动职工医保门诊共济保障改革,为探究各地改革前后门诊共济保障政策在具体补偿模式、标准上的共性与差异,特以全国 31 个省级行政区和改革前已探索实施职工门诊统筹的 33 个市级行政区为研究对象,横向、纵向比较职工医保普通门诊统筹和门诊慢特病保障政策。分析发现为进一步推动职工医保门诊共济保障改革,可以从强化费用保障、实现健康保障、促进协同保障三方面着手优化和推动改革政策落地。

**关键词:** 职工医保;门诊共济保障;普通门诊统筹;门诊慢特病

**中图分类号:** F842.684; R197.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1003-0751(2023)12-0091-05

自 1998 年国务院颁布实施《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发[1998]44 号)以来,我国城镇职工基本医疗保险(以下简称“职工医保”)制度历经二十余年长足发展,为数亿参保职工提供了切实可靠的医疗保障,尤其是在抵御罹患大病和疑难重病风险方面起到了极大作用。但其“统账结合”的保障模式引致的基金收支结余结构性失衡问题<sup>[1]</sup>、个人账户纵向积累不公平现象<sup>[2]</sup>、“保大病”定位下滋生的道德风险<sup>[3]</sup>,对医保基金安全运行和有限医疗资源合理利用的威胁日益增加。在此背景下,学界对削弱乃至取消医保个人账户基本达成共识<sup>[4]</sup>。出于社会保险的福利刚性特征,通过拓宽个人账户使用范围逐步实施权益置换性改革的观点较为普遍,其中门诊共济保障有利于解决职工门诊保障缺位问题,增强医保制度公平性,是盘活个人账户资金的有效途径<sup>[5]</sup>。我国门诊共济保障起始于 2008 年新型农村合作医疗制度“大病统筹+门

诊统筹”的补偿模式,并于 2009 年拓展至城镇居民基本医疗保险制度。多年来,居民医保已形成病种保障与费用保障相结合的门诊共济保障机制,但职工医保是否将门诊纳入统筹基金保障范围在国家或省级层面未有明确规定。部分地(市)结合居民医保政策自行探索将职工医保门诊费用纳入保障范围的尝试性改革,但多以门诊慢性、特殊疾病保障(以下简称“门诊慢特病”)为主,针对部分特定病种进行报销,仅少数地区实施以费用保障为主的普通门诊统筹政策,总体而言区域差异较大,病种设置与补偿标准各地不一。近年来,受人口老龄化、慢病人群增加、病种多样化等因素影响,门诊保障需求持续增加。2021 年,国务院办公厅出台《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,以下简称“14 号文”),明确在全国范围内统一实施职工医保普通门诊统筹政策并同步推进个人账户改革,根据基金承

**收稿日期:** 2023-09-03

**基金项目:** 国家卫健委体改司“全民医保制度研究”项目;湖北省医疗保障局“湖北省医疗保障事业发展‘十四五’规划”项目。

**作者简介:** 侯宜坦,女,武汉大学公共卫生学院博士生(湖北武汉 430072)。毛宗福,男,武汉大学全球健康研究中心主任、教授、博士生导师(湖北武汉 430072)。

受能力扩大门诊慢特病病种范围并逐步由病种保障向费用保障转变,要求各省级人民政府于2022年以前出台实施办法,指导各基金统筹区推进落实,3年左右过渡完毕。目前各地政策是否落地,在具体补偿模式、标准的设计上有何共性与差异,此前已探索实施职工门诊统筹的地区改革前后政策有何变化,这些问题有待进一步探讨。本文以全国31个省级行政区和改革前已探索实施职工门诊统筹的33个市级行政区为研究对象,基于其职工医保普通门诊统筹和门诊慢特病保障的政策出台情况,分别通过横向、纵向对比探讨以上问题。

## 一、省级层面职工医保门诊共济保障政策比较

### (一)普通门诊统筹

“14号文”仅要求普通门诊统筹“政策范围内支付比例从50%起步,待遇支付可适当向退休职工倾斜”,具体补偿标准由各地结合实际自行设定。由于职工医保统筹层次不一,在省级层面上并非所有省(市、自治区,以下简称省)都明确规定补偿模式和划定补偿标准区间范围,如浙江、陕西、山西和重庆等地要求在落实“14号文”基础上由基金统筹区自行设定补偿政策。各省补偿政策设置主要包括起付线、封顶线、报销比例三项内容。

#### 1.起付线

黑龙江省未限制起付线标准,青海、广东两省明确规定不设起付线,河南、云南、新疆三地分别以按医疗机构等级定额或参照同级别住院起付线设定比例的方式设置单次就诊起付线,除此以外的21个省级行政区均提出设置年度普通门诊起付线。其中,15省采用了定额设置模式,6省采用了定比设置模式。定额设置模式,一则可分为上限、下限和固定额度三种形式,如甘肃、辽宁两省分别要求下辖统筹区设定的起付标准不高于、不低于300元,江西省规定年起付线为600元;二则可分为人员类别和医疗机构等级两种方式,如北京、四川、西藏等地对在职和退休职工分别设定起付标准以实现退休职工待遇倾斜,天津、上海两地在此基础上对退休职工分别按年龄和退休时间进一步划分,以结合不同年龄段医疗需求实现差异化保障,吉林、宁夏、海南等地对不同等级医疗机构分别设定差异化起付标准以助力分级诊疗。

采用定比设置模式的省在基数的参数和具体比

例的设定上存在一定差异,基数包括统筹地区、所在市或全省上年度的全口径城镇单位就业人员平均工资、城乡居民人均可支配收入,比例多在1%—3%之间;与定额模式相似,部分省要求统筹区对退休职工适当降低起付标准及分别设定不同级别医疗机构的起付标准。另外,无论是单次起付线,还是年度起付线,绝大多数省份均采用了单独设定普通门诊起付线的形式,即对普通门诊、门诊慢特病和住院起付线分别控制,仅海南省规定三项起付线合并计算。

#### 2.封顶线

普通门诊统筹封顶线均为年度最高支付限额;与起付线相似,除吉林、四川两省未在省级层面明确封顶线范围,有17个省采用定额设置模式,8个省采用定比设置模式。另有云南省规定年最高支付限额原则上应为统筹地区在职职工人均年筹资总额,即基数为统筹地区年筹资额,比例为100%。

定额模式方面,同样有上限、下限和固定额度三种形式,限额为400元—20000元不等,多集中于2000元—3000元之间;其中,8个省分别针对在职和退休职工设定封顶线,而青海省则依据缴费水平设置封顶线,体现“多缴多得”理念。另外,绝大多数地区均单独设置普通门诊统筹封顶线,同时普通门诊统筹的最高支付限额与住院、门诊慢特病等的年度最高支付限额分别控制、合并计入职工医保统筹基金最高支付限额,即“双封顶线”方式;河南省则规定普通门诊统筹支付限额不计入职工医保统筹基金年度最高支付限额,即普通门诊统筹仅设置单项支付限额。

#### 3.报销比例

除江苏、山东、广东、辽宁四省未规定报销比例,内蒙古、河北、甘肃等地仅按医疗机构等级或在退休状态设置差异化报销比例外,有16个省将医疗机构等级与在职退休状态相结合,设置四至六档报销比例(如河南、西藏、青海、内蒙古等地将医疗机构分为三级、二级及以下,湖南省分为二级及以上、一级及以下,福建省分为基层、非基层);天津以5500元为界将起付线至封顶线之间的医疗费用划分为两个费用段,结合就诊医疗机构等级设定报销比例,对低费用段设置相对较高的报销比例。总体而言,报销比例多集中于50%—70%之间,少数经济发达地区达到75%以上;退休职工通常高于在职职工5—10个百分点,相邻两级医疗机构报销比例通常相差5—10个百分点。另外,河南省规定签约家庭医生的参保职工在签约的基层医疗机构就诊支付比例可

提高5%，是唯一针对家庭医生签约政策实施特别规定的省级行政区。

## (二) 门诊慢特病

依据各省医保局公开发布的政策文件，截至2023年9月，已有16个省在门诊共济保障改革政策出台前后单独发布了省级门诊慢特病政策。其中，福建省已明确2024年全省取消门诊慢特病的政策导向，实现由病种保障转变为费用保障；河北、山西、安徽等地仅统一门诊慢特病病种范围与准入标准，其他省对待遇标准、就医管理等也做出了不同程度的指导。

### 1. 病种范围

从病种数量来看，各省统一规定的病种有26—93种不等，多集中于30—50种之间，超过60种疾病的4省均位于东部地区。此前已在省级层面规定病种范围的广东、宁夏两地，其新政策分别新增病种28种、13种。从病种分类来看，多省按照疾病类型分为门诊特殊疾病和门诊慢性病，江西、云南、青海三省称为Ⅰ类和Ⅱ类疾病，不同类别执行不同待遇标准；部分省未进行分类，统一或各病种逐一设置待遇标准。从病种范围确定权限来看，辽宁、江西等省虽规定了省级统一的病种范围，但并不要求各统筹区全部遵照执行，而是给予可在该范围内选择执行的权限；多省要求统筹区严格执行省级统一的门诊慢特病病种目录，各统筹区不可新增病种，对各地现行不在新政策保障范围内的病种逐步清理存量、杜绝增量；河北、湖南两省要求下辖区域原则上与省级一致，但对各地确有需求的病种可上报省医保局备案后按要求组织实施。

### 2. 就医管理

在门诊慢特病资格认定方面，通常为备案管理方式，对于诊断不明确、需专家鉴定的，实行准入管理。多省并未规定各项病种的待遇享受期，辽宁、湖北两省依据疾病特征，对不同病种分别设置不同期限的待遇享受时间，分为3月、6月、12月、2年、5年、长期等，待遇享受期满需再次申请门诊慢特病保障资格。另外，吉林省限门诊特殊疾病在二级及以上定点医疗机构开展，其他省政策中未见医疗机构等就医限制；江西省明确指出门诊慢特病可按长期处方进行医保结算，一次处方药量可在遵循医嘱的条件下延长至12周。

### 3. 待遇标准

关于门诊慢特病待遇标准，16个省中有7个省未明确待遇标准或仅要求不设起付线、待遇标准参

照住院执行。从对门诊慢特病待遇标准规定较为详细的9个省来看，门诊慢特病待遇给付主要包括定额报销、参照住院执行、按病种设置待遇标准、按病种分类设置待遇标准四种方式。定额报销方式主要为海南省采用，对除血液透析和腹膜透析外的63种疾病分别设置月定额、季定额、年定额等；其余8个省采用非单一方式，即将后三种相结合。总体而言，多省规定门诊慢特病不设起付线、封顶线、报销比例设置与病种分类管理方式有关，门诊特殊疾病或Ⅰ类疾病多与住院合并计算年支付限额，且报销比例参照住院执行；而门诊慢性病多按病种分别制定支付限额，统一设定或由统筹区自行设定支付比例，如辽宁省结合慢性病待遇享受周期确定病种的年限额、季限额或月限额，并将40个病种划分为两类，分别设定两档支付比例。另外，有7个省对同时患有多个慢特病病种的参保职工规定不同待遇保障模式，若该省门诊慢性病按病种设置限额、特殊疾病按住院待遇执行，则二者待遇叠加；若均为按病种设置限额或患多个慢性病病种，待遇保障模式大致分为以下几类：按照“就高”原则仅可享受一种门诊慢特病待遇，如湖南省；允许同时申报多种门诊慢性病，按照“就高”原则确定主病种，最高支付限额可由其他病种最高支付限额的一定比例计算且不设门诊慢特病总封顶线；或每增加一种疾病支付限额，就随之增加固定金额，如云南省每增加1个病种增加1000元左右门诊慢特病统筹基金支付额度，年度最高支付限额不超过5000元；青海省与其相似，但未设总封顶线。

## 二、市级层面职工医保门诊共济保障政策比较

### (一) 普通门诊统筹

在“14号文”出台前，我国部分地区已自行探索开展职工医保普通门诊统筹，其中多集中于东部地区。依据各地公开的政策文件，共搜集到33个地级市改革前的普通门诊统筹政策，涵盖15个省，具体政策特征如下。

#### 1. 保障水平显著提升，门诊风险分担能力增强

各地改革前保障水平整体偏低，仅少数东部发达城市封顶线超5000元或不设封顶线，部分中、西部地区支付限额不足1000元，报销比例多集中于50%左右；改革后通过降低起付线、提高封顶线和报销比例，各地保障水平均有不同程度的提高，封顶线

增幅为500元—13000元不等,多地报销比例增幅为10%—20%,最高达40%。同时,多地将原报销比例按在职退休状态、年龄或医疗机构等级设计的单一式分类转为组合式,针对不同参保人员设置差异化报销政策,以保障水平倾斜满足老年人医疗服务需求和引导分级诊疗。原实施基层首诊制的地(市)放开该报销限制,其待遇倾斜包括提高基层医疗机构报销比例,降低或免除基层医疗机构起付线等。另外,厦门、咸宁等地改革前执行“三段式”报销模式,即参保人门诊就医须将个人账户资金消耗完毕,且达到门诊起付标准后,方可进入统筹报销,改革后取消个人账户余额限制,转为“两段式”报销模式。

## 2. 保障政策区域差异较大,医保均等化水平较低

受经济发展水平、医保统筹基金规模等因素限制,各地门诊共济保障政策存在明显的区域差异。如前文所述,改革后起付线设置仍存在无起付标准、年度定额、次定额三种模式,封顶线设置分为定额和定比两种模式,同一级别医疗机构报销比例差距最高可达35%。不同地区定额额度差异较大,定比模式下部分地区以城乡居民人均可支配收入为基数确定职工门诊统筹补偿标准的做法值得存疑。由于改革后省级政策的统一出台,同一省内不同地级市政策模式的趋同性增强,但在参保人员分类和补偿标准上仍差异较大,对医保关系转移接续、医保基金监管带来较大挑战,而且不利于职工医保统筹层次进一步提升。

### (二) 门诊慢特病

#### 1. 落实省级政策要求,保障范围差距缩小

所属省份仅规定病种目录范围、未限制待遇标准或未出台新政策的地级市多沿用以往政策,但所属省份已出台门诊慢特病政策且要求各地原则上不可新增病种的18个地级市,均遵照执行省级统一病种目录。对当地原开展的不在目录范围内的病种设置政策过渡期,通过不再新增人员的方式逐步调整,并明确最晚于2024年年末消化完毕。给予统筹区在目录内选择病种实施保障权限的省份,其所辖地级市也多按照省级目录执行。由此,同省地级市门诊慢特病纳入病种得到统一,原保障范围差距缩小。

#### 2. 衔接大额费用补助制度,有效实施补充保障

由于门诊慢特病政策开展较早、探索相对成熟,且开展之初便强调与住院保障相衔接,部分地区在改革前已将门诊慢特病保障与职工大额医疗费用补

助(简称“大病保险”)相结合,对经门诊慢特病报销后年度个人负担(含住院)达到大病保险起付线的部分费用按相关规定进行二次报销。但具体补偿标准基于各地大病保险政策设定,如呼和浩特市对基本医疗保险年最高支付限额以上、以下医疗费用的个人负担部分报销比例不同,广州市在此基础上进一步区分一类、二类病种的报销比例。

## 三、职工医保门诊共济保障政策优化建议

### (一) 合理设置补偿方案,强化费用保障

总体而言,当前多数省市普通门诊统筹、门诊慢特病保障政策相对割裂,部分地区从改革初期基金运行风险控制的角度出发,对普通门诊统筹单独设置年最高支付限额,不与住院、门诊慢特病合并计算。“14号文”明确要求逐步从病种保障向费用保障过渡,福建省已开展实践探索,普通门诊统筹与门诊慢特病保障合并势在必行。结合经济学风险溢价、道德风险理论分析,相对高额的医疗费用保障与低费用保障相比效率更高,低费用疾病需求弹性较大,更易引发道德风险。因此,普通门诊统筹起付线不应过低<sup>[6]</sup>。结合医保制度分散疾病经济风险的保障目的分析,待遇保障标准设置应以个人或家庭收入水平相挂钩的灾难性卫生支出为导向,由于职工医保参保人具有相对稳定的收入来源,疾病经济风险抵御能力相对较强,所以随着门诊共济保障制度不断完善,应逐步提高封顶线<sup>[7]</sup>。在省级层面,可动态调整门诊慢特病病种目录,持续将普通门诊统筹保障水平已达到或超过门诊慢特病保障水平的病种调出保障范围,渐进式完善费用保障机制。

### (二) 建立“健康守门人”制度,实现健康保障

我国于2019年提出健康中国发展战略,体现了全生命周期健康的思想,提示需要采取“从生命早期预防”的整体策略来促进全民健康<sup>[8]</sup>。着眼于医保领域,应将“预防为主”理念融于医疗保障政策,借鉴国际经验建立“健康守门人”制度,即持续完善基层首诊和家庭医生签约服务制,通过实施健康教育、疾病管理等措施在早期进行有效预防、控制和治疗,实现医防融合、防治结合<sup>[9]</sup>。当前,绝大多数地区已通过设置不同级别医疗机构的差异化支付标准调控患者就医行为,鼓励基层首诊、规范转诊,但基层医疗服务能力是分级诊疗政策落地、推进的一大阻力。对此,一是应通过人才引进、技术支持等政策

倾斜优化医疗资源配置,鼓励基层机构开展预防、诊疗、康复、护理等以健康为导向的服务,着力增强基层医疗卫生服务和健康服务能力;二是探索按人头付费的基层门诊服务打包支付方式,全面推进健康促进、疾病预防、慢性病管理等服务;三是在基层服务能力、医保配套措施等基础条件齐备后,适时强制推行普通门诊基层首诊制,打造以基层门诊为主、医疗机构急诊和重症门诊为辅的门诊统筹制度。

### (三) 防范疾病经济风险,促进协同保障

防范、化解疾病经济风险是医疗保障制度建设的主要目的,而疾病经济风险的判定方式为个人或家庭一段时期内总医疗费用支出占收入的比重,而非单以普通门诊、门诊慢特病或住院某一项医疗服务来确定。对此,一方面,应强调关注普通门诊统筹、门诊慢特病、住院三项医疗服务项目的报销政策衔接;另一方面,还应对门诊费用实行多层次保障。从三项医疗服务项目衔接来看,门诊保障与住院保障是同属于医疗保障的不同组成部分,应共用年度统筹基金最高支付限额,而不应因筹资来源而分设封顶线,改革初期为控制医保基金运行风险,对普通门诊统筹单设的封顶线应在改革推进后逐步改为与住院、门诊慢特病合并计算。从实现多层次保障的角度来看,职工大额医疗费用补助的补充保障、医疗救助制度的兜底保障应以疾病经济风险发生概率、发生程度来确定保障对象和保障标准,变“统筹基金医疗费用封顶”为国际通行的“个人自付医疗费

用封顶”,实现各项保障制度在不同医疗服务项目上的全覆盖<sup>[10]</sup>。同时,加强其与基本医保制度的衔接,做实、做强三重医疗保障网,发挥各项制度协同保障作用,从源头遏制疾病经济风险,助力共同富裕基本目标的实现。

### 参考文献

- [1] 廖燕宜,杨峰,杨燕绥.职工医保基金的结构失衡问题研究:基于A市数据的精算分析[J].江淮论坛,2021(4):156-161.
- [2] 王超群,李珍.中国医疗保险个人账户的制度性缺陷与改革路径[J].华中农业大学学报(社会科学版),2019(2):27-37.
- [3] 何文,申曙光.医保“保小病”能否兼顾健康保障与费用控制?[J].保险研究,2018(11):93-106.
- [4] 王超群.城镇职工基本医疗保险个人账户制度的起源、效能与变迁[J].中州学刊,2013(8):80-86.
- [5] 杨燕绥,李超凡,于淼,等.医保筹资与职工医保个人账户权益置换改革[J].中国医疗保险,2020(8):10-16.
- [6] 谷应雯.城镇职工慢性病门诊统筹对医保基金支出的影响[D].武汉:中南财经政法大学,2021:23.
- [7] 王宗凡.医疗保障待遇政策的完善[J].中国医疗保险,2019(10):35-38.
- [8] 宋新明.生命周期健康:健康中国建设的战略思想[J].人口与发展,2018(1):3-6.
- [9] 冯毅,姚岚.典型发达国家和地区门诊保障政策比较及经验启示[J].中国卫生政策研究,2016(7):46-52.
- [10] 张宗良,褚福灵.中国多层次医疗保障体系再思考:兼析补充保障的模式创新与协同发展[J].经济社会体制比较,2023(1):79-92.

## Policy Analysis and Optimization of the General Employee Medical Insurance Outpatient Co-payment Security Mechanism

Hou Yitan Mao Zongfu

**Abstract:** Establishing and improving the general employee medical insurance outpatient co-payment security mechanism is an important task assigned by the Party Central Committee and the State Council to deepen the reform of the medical insurance system, and it is also a major benefit for 360 million participating employees. In 2021, China comprehensively launched the reform of general employee medical insurance outpatient co-payment security. In order to explore the similarities and differences in specific compensation models and standards of outpatient co-payment security policies before and after the reform in various regions, this study took 31 provincial-level administrative divisions across the country and 33 municipal-level administrative divisions that had explored and implemented employee outpatient co-payment security before the reform as the research objects, and compared the policies of general employee medical insurance outpatient co-payment security and outpatient chronic special diseases security horizontally and vertically. It is found that to further promote the reform of general employee medical insurance outpatient co-payment security, optimization and promotion of reform policies can be achieved in three aspects: strengthening cost security, achieving health security, and promoting collaborative security.

**Key words:** employee medical insurance; outpatient co-payment security; general outpatient coordination; outpatient chronic and special critical disease

责任编辑:翦 榛