

豫政办〔2022〕15号

各省辖市人民政府、济源示范区管委会，省人民政府各部门：

为贯彻落实《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）精神，进一步健全互助共济、责任共担的职工基本医疗保险（以下简称职工医保）制度，经省政府同意，现提出以下实施意见，请认真贯彻落实。

一、总体要求

（一）指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，既尽力而为、又量力而行，坚持人人尽责、人人享有，完善制度、引导预期，加快医疗保障重点领域和关键环节改革，将门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围，改革职工医保个人账户，建立健全门诊共济保障机制，提高医保基金使用效率，逐步减轻参保人员医疗费用负担，实现制度更加公平更可持续。

（二）基本原则。坚持保障基本，实行统筹共济，切实维护参保人员权益。坚持平稳过渡，保持政策连续性，确保改革前后

待遇顺畅衔接。坚持协同联动，健全门诊保障机制和完善个人账户制度同步推进。

二、主要措施

（一）建立职工医保普通门诊统筹制度。在做好高血压、糖尿病等群众负担较重的门诊慢性病、特殊疾病（以下统称门诊慢特病）医疗保障工作的基础上，将多发病、常见病的普通门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围。普通门诊统筹覆盖职工医保全体参保人员。起付标准按次设定，原则上每次不超过 50 元，基层定点医疗机构不设起付标准。在职职工普通门诊统筹年度最高支付限额 1500 元左右，退休人员年度最高支付限额 2000 元左右，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。起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内普通门诊医疗费用，由职工医保统筹基金按比例支付，按规定在三级定点医疗机构就医的支付比例不低于 50%，按规定在二级及以下定点医疗机构就医的支付比例不低于 55%，退休人员的支付比例高于在职职工 10 个百分点；参保人员办理家庭医生签约后，在签约的基层医疗机构发生的普通门诊医疗费用，支付比例在以上基础上提高 5 个百分点。具体标准由各统筹地区根据医保基金承受能力确定。

对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，可参照住院待遇进行管理。将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入门诊保障范围，支持外配处方在定点零售药店结算和配药，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。不断健全门诊共济保障机制，逐步由病种保障向费用保障过渡。

(二) 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计入个人账户，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月定额划入，划入额度由各统筹地区根据实施改革上一年度基本养老金月平均水平的 2% 左右确定。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门诊共济保障，提高参保人员门诊待遇。职工医保个人账户计入办法调整与普通门诊统筹同步实施。

(三) 规范个人账户使用范围。个人账户资金主要用于支付

预览已结束，完整报告链接和二维码如下：

https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=11_10399

