

湘政办发〔2022〕12号

各市州、县市区人民政府，省政府各厅委、各直属机构：

为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，更好解决职工医保参保人员门诊保障问题，切实减轻其医疗费用负担，根据《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，经省人民政府同意，结合我省实际，现就建立健全全省职工基本医疗保险门诊共济保障机制提出如下实施意见。

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，深入贯彻习近平总书记对湖南重要讲话重要指示批示精神，全面落实“三高四新”战略定位和使命任务，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，按照保障基本、平稳过渡、协同联动、因地制宜的原则，将门诊医疗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，实现职工医保

基金内部结构更加优化，个人账户管理机制更加完善，门诊医疗费用支付方式更加科学，门诊统筹医保管理和基金监管机制更加健全，职工医保制度更加公平更可持续。

二、主要措施

（一）建立职工医保普通门诊统筹制度。普通门诊统筹制度覆盖职工医保全体参保人员，待遇保障向退休人员适当倾斜，推进分级诊疗制度实施。参保人员在医保定点的一级医疗机构及基层医疗卫生机构就诊，政策范围内门诊医疗费用，不设起付标准，按 70%比例支付；在医保定点的二级医疗机构就诊，政策范围内门诊医疗费用，起付标准 200 元，按 60%比例支付；在医保定点的三级医疗机构就诊，政策范围内门诊医疗费用，起付标准 300 元，按 60%比例支付。一个自然年度内，起付标准金额累计不超过 300 元，在职职工普通门诊统筹基金最高支付限额 1500 元，退休人员普通门诊统筹基金最高支付限额 2000 元。根据普通门诊统筹制度运行情况，由省级医保行政部门商财政部门适时调整待遇保障标准。

（二）统一职工医保慢特病门诊保障政策。重点做好高血压、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。统一门诊慢特病诊断纳入标准。规范门

诊慢特病纳入医保基金支付的评审核准程序。建立门诊慢特病病种动态调整机制，原则上每两年调整一次。随着医保基金承受能力增强，可逐步扩大由统筹基金支付的门诊慢特病病种范围，将部分治疗周期长、对健康损害大、门诊费用负担重的疾病门诊费用纳入共济保障。在职职工慢特病政策范围内门诊医疗费用按 80% 比例支付，退休人员慢特病政策范围内门诊医疗费用按 85% 比例支付。根据各个慢特病的门诊诊疗规范、用药范围，合理确定慢特病门诊年度医保统筹基金支付限额。慢特病门诊待遇保障管理办法由省级医疗保障行政部门另行制定。

(三) 改进个人账户计入办法。科学合理确定个人账户计入办法和计入水平。在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准原则上控制在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，划入额度原则上按 2021 年度全省企业退休人员和机关事业单位退休人员基本养老金平均水平的 2% 确定，确有困难的统筹地区，可暂按 2021 年度本市州企业退休人员和机关事业单位退休人员基本养老金平均水平的 2% 确定，并分步调整，2024 年 1 月 1 日起按全省统一标准执行。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。

(四) 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。各市州可探索从个人账户统一代扣参保人员参加职工大额医疗费用补助、长期护理保险等个人缴费，探索个人账户用于参保人员的配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等个人缴费。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。个人账户的本金和利息归参保人员个人所有，可以结转使用和依法继承。各统筹地区要加强对个人账户使用的管理，做好收支信息统计。

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_10487

