

焦作市人民政府办公室文件

焦政办〔2022〕22号

焦作市人民政府办公室 关于印发焦作市建立健全职工基本医疗保险 门诊共济保障机制的实施方案的通知

各县（市、区）人民政府，市城乡一体化示范区管委会，市人民政府各部门，各有关单位：

《焦作市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施方案》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。



焦作市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施方案

为贯彻落实《河南省人民政府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实施意见》（豫政办〔2022〕15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，结合我市实际，制定本方案。

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，每次 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 1300 元，退休人员年度最高支付限额 1800 元，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为 50%，按规定在二级定点医疗机构就医的支付比例为 55%，按规定在社区卫生服务中心、乡镇卫生院等基层定点医疗机构就医的支付比例为 60%，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。以后根据我市职工医保普通门诊统筹制度实施和统筹基金收支的实际情况，对起付标准、年度最高支付限额、统筹基金支付比例等进行合理调整。

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，划入额度为每月 66 元。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参保人员在定点医药机构发生的政策范围内自付费用。可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。个人账户可用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险或本人参加职工大额医疗费用补助等的个人缴费。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。市医疗保障部门要制定完善个人账户使用管理办法，加强收支信息统计。

（四）加强政策协同。为进一步推动形成合理的分级诊疗制度，引导病人合理就医，鼓励参保人员在我市医疗机构就医，节约医保基金，将我市职工医保的住院起付标准进行如下调整：

省级和省级以上三级医疗机构住院起付标准由 800 元调整为 2000 元，市级三级医疗机构由 800 元调整为 1200 元，二级医疗机构由 600 元调整为 800 元，一级医疗机构由 200 元调整为 300 元。一个医保年度内两次或两次以上住院的，起付标准按以上标准的 50% 执行。职工医保统筹基金年度最高支付限额由 6 万元提高到 8 万元。

（五）健全与门诊共济保障相适应的付费机制。对基层医疗服务可按人头付费，积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合；对日间手术、中医优势病种等符合条件的门诊特殊病种，推行按病种或按病种分值（DIP）付费；对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。科学合理确定医保药品支付标准，通过调整个人自付比例等方式，引导医疗机构和患者主动使用疗效确切、价格合理的药品。

（六）加强监督管理。建立健全与门诊共济保障相适应的监督管理机制，引导医疗资源合理利用，确保医保基金稳定运行，充分发挥保障功能。严格执行医保基金预算管理制度，加强基金稽核制度和内控制度建设。建立对个人账户全流程动态管理机制，加强对个人账户使用、结算等环节的审核。强化对医疗行为和医疗费用的监管，建立医保基金安全防控机制，严厉打击“挂床”住院、诱导住院、不合理检查用药、个人账户套现等违法违规行为，确保医保基金安全高效、合理使用。创新门诊就医服务

管理办法，健全医疗服务监控、分析、考核体系，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。按照国家、省统一部署加快我市医疗保障信息平台建设，稳步推进门诊费用异地就医直接结算。通过协同推动基层医疗服务体系建设、完善家庭医生签约服务、规范长期处方管理等，引导参保人员在基层就医首诊，规范基层定点医疗机构诊疗及转诊等行为。

三、组织实施

（一）加强组织领导。建立健全职工医保门诊共济保障机制是深化医疗保障制度改革的重要内容，涉及广大参保人员切身利益。市医疗保障局和有关部门、各县（市、区）要高度重视，切实加强领导，统筹安排，结合实际进一步明确和细化政策规定，确保 2022 年 7 月 1 日全面启动实施。要加强改革前后的政策衔接，确保参保人员待遇平稳过渡。

（二）强化部门协同。医保、财政、卫生健康、人力资源社会保障等部门要密切配合、形成合力，确保改革有序推进。医保部门牵头做好职工医保普通门诊统筹有关工作，并根据国家和省部署、医保基金支付能力、医学技术发展等情况，适时调整有关政策。财政、卫生健康、人力资源社会保障等部门要根据工作职责，做好医保基金使用管理、规范定点医疗机构诊疗行为、及时提供统筹地区退休人员平均基本养老金数据等工作。

（三）注重宣传引导。要创新宣传方式，丰富宣传手段，

广泛开展宣传，准确解读政策。充分宣传建立健全职工医保门诊共济保障机制对减轻参保人员医疗费用负担、促进制度更加公平更可持续的重要作用，大力宣传医疗保险共建共享、互助共济的重要意义。建立舆情监测和处置机制，积极主动回应社会关切，营造良好舆论氛围。