

# 濮阳市人民政府办公室

---

## 濮阳市人民政府办公室 关于印发濮阳市建立健全职工基本医疗保险 门诊共济保障机制实施细则（试行）的 通 知

各县（区）人民政府，开发区、工业园区、示范区管委会，市人民政府各部门：

《濮阳市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则（试行）》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。



（此件公开发布）

---

# 濮阳市建立健全职工基本医疗保险门诊 共济保障机制实施细则（试行）

## 第一章 总 则

**第一条** 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，切实减轻其门诊医疗费用负担，根据《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），结合我市实际，制定本实施细则。

**第二条** 本实施细则适用于我市职工医保全体参保人员。

**第三条** 建立健全门诊共济保障机制要坚持以人民为中心，坚持人人尽责、人人享有，坚持保障基本，实行统筹共济，既尽力而为、又量力而行，坚持协同联动、平稳过渡、顺畅衔接，统筹改革前后待遇水平。

**第四条** 建立健全门诊共济保障机制，要同步推进建立普通门诊统筹制度和完善个人账户制度，规范门诊慢特病医疗保障制度，完善个人账户使用管理制度。

**第五条** 市医疗保障行政部门负责我市职工医保门诊共济保障工作的组织实施，医疗保障经办机构（以下简称经办机构）负责普通门诊统筹资金的筹集、管理和待遇审核、给付等经办工作。

## 第二章 个人账户管理

### 第六条 改革职工医保个人账户计入办法:

(一)在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入,计入标准为本人参保缴费基数的一定比例,单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

(二)退休人员个人账户由统筹基金按月定额划入,月定额标准根据 2021 年度全市基本养老金月平均水平的 2%左右确定,我市月定额标准确定为 60 元。

**第七条** 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。参保职工本人及其配偶、父母、子女均可使用,可以支付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;可以用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险和本人参加职工大额医疗费用补助等的个人缴费。不得用于支付公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医保保障范围的支出。市医疗保障局要制定完善个人账户使用管理办法,加强收支信息统计。

**第八条** 个人账户资金可以结转使用、继承。职工医保关系迁移到其他统筹地区的,个人账户随其医保关系转移划转,不具备转移条件的,可将个人账户余额一次性返还给本人;参保人员死亡时,其个人账户结余资金可一次性拨付给合法继承人。

### 第三章 普通门诊统筹待遇

**第九条** 调整个人账户结构后，增加的统筹基金主要用于建立职工普通门诊统筹制度，将普通门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围，提高参保人员门诊待遇。

**第十条** 普通门诊统筹执行基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准及价格政策等规定。

**第十一条** 职工医保门诊统筹实行定点就医管理。参保人员在非门诊统筹定点医疗机构发生的门诊医疗费用，统筹基金均不予支付。

**第十二条** 参加职工医保并在待遇享受期内的人员，按规定享受职工医保普通门诊统筹保障待遇。在一个自然年度内，参保人员在定点医疗机构门诊就医，统筹基金支付设立起付标准、支付比例和最高支付限额。

（一）一级及以下定点医疗机构不设起付标准，支付比例为60%；二级定点医院起付标准为每次30元，支付比例为60%；三级定点医院起付标准为每次50元，支付比例为50%。退休人员的支付比例提高10%。

（二）在职职工和退休人员年度最高支付限额分别为1500元、2000元，且不计入职工医保统筹基金年度最高支付限额。2022年度最高支付限额减半计算。

（三）参保人员办理家庭医生签约后，在签约的基层定点医疗

机构发生的普通门诊医疗费用，支付比例提高5%。

（四）当日（24小时）内在同一定点医疗机构多次就诊，只计算一次起付标准。

**第十三条** 选择部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，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，凭外配处方在定点零售药店结算和配药。相关政策由市医疗保障局另行制定。

**第十四条** 按照权利义务相统一原则，通过调整个人账户结构增加统筹基金收入的参保人员，享受门诊共济保障待遇；否则，不享受门诊共济保障待遇。根据职工基本医疗保险筹资规定，在职参保人员按照用人单位费率标准缴纳医保费，享受普通门诊统筹待遇，不享受个人账户待遇；退休时达到规定缴费年限或一次性补缴至规定缴费年限，享受退休人员普通门诊统筹和个人账户待遇。

#### 第四章 医药服务管理

**第十五条** 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；支持中医药传承创新发展，对日间手术、中医优势病种等符合条件的门诊特殊病种，推行按病种和按疾病诊断相关分组付费；对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。

**第十六条** 落实国家、省医保药品支付标准，合理调整个人

自付比例，引导医疗机构和患者主动使用疗效确切、价格合理的药品。

**第十七条** 加强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。

**第十八条** 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。

**第十九条** 参保人员在本统筹区内的门诊统筹定点医药机构就医，应由统筹基金支付的部分，由定点医药机构记账，经办机构每月与定点医药机构结算一次。参照执行职工医保年度质量保证金相关规定。

## 第五章 监督管理

**第二十条** 建立对个人账户全流程动态管理机制，加强个人账户使用、结算等环节的审核。

**第二十一条** 建立健全与门诊共济保障相适应的监督管理机制，严格执行基金预算管理制度，加强基金稽核制度和内控制度建设，确保基金稳定运行。

**第二十二条** 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，严厉打击过度诊疗、过度检查、不合理用药、过量开药、个人账户套现及提供其他不必要的医药服务等违法违规行为，

确保基金安全高效、合理使用。

**第二十三条** 创新门诊就医服务管理办法，运用大数据、人工智能等新技术，健全医疗服务监控、分析、考核体系，指导定点医疗机构规范提供诊疗服务，控制医疗服务成本。

## 第六章 附 则

**第二十四条** 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门诊统筹有关工作，完善相关配套政策，并根据国家、省工作部署、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、及时提供本统筹区退休人员平均基本养老金数据等工作。

**第二十五条** 本实施细则自 2022 年 7 月 1 日起施行。