

一、出台背景

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，更好解决省直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《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），结合省直实际，研究出台了《河南省省直职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》（以下简称实施细则）。

二、主要内容

实施细则共七章 30 条，主要包括建立依据与原则、实施主体与范围、个人账户的使用与管理、门诊共济待遇标准与支付范围、医疗服务管理与费用结算、监督管理与责任落实等内容，并明确了实施时间。其中改革个人账户和门诊共济待遇保障是实施细则的主要政策安排。

在改革个人账户方面，一是改进计入办法。在职职工个人缴费部分（本人缴费基数 2%）仍然计入本人个人账户，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定额划入，划入额度为

每月 95 元；灵活就业人员缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金，灵活就业人员及灵活就业退休人员不建立个人账户。二是适当拓宽使用范围。个人账户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，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，以及参加城乡居民基本医疗保险或本人参加职工大额医疗费补充保险等的个人缴费。

在门诊共济待遇保障方面，一是实行定点医疗机构协议管理，逐步将符合条件的定点零售药店纳入门诊统筹定点范围。二是设定起付标准和最高支付限额。门诊统筹起付标准按次设定，每次 40 元，一个参保年度内，在职职工门诊统筹年度最高支付限额为 1800 元/人；退休人员门诊统筹最高支付限额为 2300 元/人。2022 年门诊统筹年度最高支付限额减半；三是确定支付比例。三级门诊统筹定点医疗机构支付比例为：在职职工 55%，退休人员 65%；二级及以下门诊统筹定点医疗机构支付比例为：在职职工 60%，退休人员 70%，其中，社区卫生服务中心及以下门诊统筹定点医疗机构支付比例为：在职职工 70%，退休人员 80%。

三、出台意义

实施细则是贯彻落实国家和我省深化医疗保障制度

改革任务部署的重要举措，完善了省直门诊统筹共济保障机制，补齐了当前省直参保人员门诊费用保障的短板，提升了医保基金使用效率，提高了门诊的医疗服务可及性，减轻了参保群众门诊医疗费用的负担，实现了制度更加公平更可持续。