

平顶山市医疗保障局 平顶山市财政局 文件 国家税务总局平顶山税务局

平医保〔2023〕85号

关于转发豫医保办〔2023〕71号文件 进一步做好基本医疗保障工作的通知

各县（市、区）医疗保障局、财政局、税务局、新城区养老医疗保险中心、高新区人力资源管理局，市医疗保障服务中心：

为进一步做好全市基本医疗保障工作，不断提升基本医疗保障能力和水平，促进基本医疗保险制度可持续运行，现将《河南省医疗保障局 河南省财政厅 国家税务总局河南省税务局关于进一步做好基本医疗保障工作的通知》（豫医保办〔2023〕71号）转发给你们，并就做好有关工作通知如下：

一、合理确定筹资标准

2023 年平顶山市城乡居民基本医疗保险个人缴费标准每人每年 380 元，财政补助标准每人每年 640 元，集中参保登记缴费的截止日期为 2023 年 12 月 31 日。

二、优化调整医疗保障政策

坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，持续巩固提升医疗保障待遇水平，优化我市城镇职工、城乡居民基本医疗保险政策。

（一）城乡居民基本医疗保险门诊统筹。居民医保普通门诊统筹不设起付标准，县级及以上定点医疗机构支付比例 50%，乡级及以下基层定点医疗机构支付比例 60%。

（二）城乡居民基本医疗保险生育医疗费。居民医保生育医疗费定额支付标准调整为自然分娩 1000 元，剖宫产 2000 元。

（三）城乡居民基本医疗保险异地就医。参加平顶山市城乡居民基本医疗保险的大中专学生，在平顶山以外的异地就医直接结算定点医疗机构住院，无需办理异地就医备案，凭本人社会保障卡或者医保电子凭证享受异地就医直接结算服务。

（四）城镇职工基本医疗保险门诊统筹。一个参保年度内，参保人员在职转退休，从办理手续的次月起，职工医保门诊统筹年度最高支付限额和统筹基金支付比例按照退休人员标准执行。

（五）以上各项调整自 2024 年 1 月 1 日起执行。

三、做好组织实施

各地各单位要进一步提高政治站位,压实工作责任,确保各项政策措施落地见效。各级医保、财政、税务等部门要按照责任分工,积极主动承接或协助完成有关工作事项,医保、税务部门要加强信息沟通,探索建立数据共享机制。各单位要加大宣传力度,结合全民参保宣传月活动,深入开展宣传发动,坚持正确舆论导向,合理引导社会预期,提高群众满意度和获得感。



河南省医疗保障局
河南省财政厅 文件
国家税务总局河南省税务局



豫医保办〔2023〕71号

河南省医疗保障局 河南省财政厅
国家税务总局河南省税务局关于进一步做好
基本医疗保障工作的通知

各省辖市医疗保障局、财政局、税务局，济源示范区医疗保障局、财政金融局、税务局，郑州航空港经济综合实验区组织人社局、财政局、税务局：

为贯彻落实《国家医保局 财政部 国家税务总局关于做好2023年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2023〕24号）要求，进一步做好全省基本医疗保障工作，不断提升基本医

疗保障能力和水平，促进基本医疗保险制度可持续运行，现就做好全省有关工作通知如下：

一、合理确定 2023 年城乡居民基本医疗保险筹资标准

2023 年全省城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）筹资标准为每人不低于 1020 元，其中人均财政补助标准不低于 640 元，个人缴费标准达到每人 380 元。中央财政对我省 54 个比照西部开发政策县（市）及剩余县（市、区）分别按照人均财政补助标准 80%、60% 的比例给予补助，除中央补助外的地方财政补助部分，由省、市、县（市、区）分担，其中省财政对各市县居民医保实行分档补助，具体按《河南省人民政府办公厅关于印发省与市县共同财政事权支出责任省级分担办法的通知》（豫政办〔2021〕75 号）有关规定执行。

二、巩固提升居民医保待遇水平

坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，尽力而为、量力而行，科学合理确定居民医保保障水平。持续巩固居民医保住院待遇水平，确保政策范围内基金支付比例稳定在 70% 左右。稳步提升门诊医疗费用保障水平，健全完善门诊费用保障机制，在稳定居民医保高血压糖尿病门诊用药保障和门诊慢特病保障水平基础上，逐步将居民医保普通门诊统筹定点扩展至县级及以上医疗机构，居民医保普通门诊统筹在县级及以上定点医疗机构起付标准按次设定，每次 50 元左右，一天（自然日）内在同一门诊统筹定点医疗机构多次就诊的负担一次起付标准，基层定点医

疗机构不设起付标准。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，由居民医保统筹基金按比例支付，在市级及以上定点医疗机构的支付比例不低于40%，县级定点医疗机构支付比例不低于50%，基层定点医疗机构支付比例不低于60%。有条件的地区可同步提高居民医保普通门诊统筹年度累计支付限额，具体标准由各统筹地区综合考虑医保基金承受能力等因素科学确定。

三、优化生育医疗保障待遇

各统筹地区可将以在职职工身份参加职工基本医疗保险的无雇工的个体工商户、非全日制从业人员以及其他灵活就业人员同步纳入生育保险范围。灵活就业人员参保由个人缴费，缴费基数与其参加职工基本医疗保险缴费基数一致，具体费率由各统筹区确定。生育津贴计发基数口径与上年度缴费基数保持一致。2022年9月7日及以后生育的，取消凭生育登记服务证享受生育保险待遇的附加条件。用人单位及其职工依法参加生育保险并按时足额缴纳生育保险费，即可按规定享受生育保险待遇，其中，符合《河南省人口与计划生育条例》规定的，可享受延长产假的生育津贴，各级医保经办机构依申请补支生育保险相关待遇。提高生育医疗费保障水平，探索推进职工医保基金按比例支付生育医疗费用，具体可参照当地职工基本医疗保险住院费用支付比例执行；居民医保生育医疗费定额支付标准调整为自然分娩不低于1000元，剖宫产不低于2000元。进一步减轻生育医疗费用负担。

四、持续推进参保扩面

实施精准参保扩面，聚焦重点人群、关键环节，加大参保缴费工作力度，确保应参尽参。推进大中专学生、儿童和新生儿、流动人口等重点人群参保工作。持续落实持居住证参保政策，对于持居住证参加当地居民医保的，各级财政要按当地居民相同标准给予补助。创新参保缴费方式，积极推进线上缴费“一网通办”、线下“一厅联办”“一站式”服务，提供多渠道便民参保缴费服务措施，有效提升参保缴费服务便利化水平。各地医保部门要与当地税务、教育等部门加强协同，探索建立数据共享机制。压实各层级、各相关部门责任，健全激励约束机制，各地年度参保扩面工作成果与年度督查考核挂钩，探索促进连续参保缴费的长效激励措施。

五、规范居民医保缴费参保和待遇保障机制

统一规范全省居民医保缴费参保和待遇保障机制。每年的9月至12月份为集中缴费期。原则上不延长缴费期，确需延期的，由相关地市级医保部门会同税务等部门在集中缴费期结束前提前15天向省级相关部门报告后，按规定推进实施。在集中缴费期按规定缴纳居民医保费的城乡居民，享受次年1月1日至12月31日的居民医保待遇。在延长缴费期内缴费的城乡居民，享受待遇等待期后至12月31日的相应医保待遇。除新生儿、困难群众等特殊群体参保以及按规定办理医保关系转移接续等情形外，在延长缴费期间缴纳当年居民医保费的城乡居民，待遇等待期为

30 天，缴费满 30 天后享受居民医保待遇，医保基金不追溯支付待遇等待期期间发生的医疗费用。

六、推动医保助力乡村振兴

巩固提升“基本医疗有保障”成果，继续做好过渡期脱贫人口参保动员工作，推动实现特困人员、低保对象、返贫致贫人口、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口等困难群众和脱贫人口动态参保、应保尽保，确保农村低收入人口和脱贫人口参保率稳定在 99% 以上，坚决守住守牢不发生因病规模性返贫的底线。落实好医疗救助基金资助参保政策，完善困难群众参保核查比对机制，健全参保台账，做好分类资助参保工作，过渡期内，对乡村振兴部门认定的纳入监测范围的农村易返贫致贫人口参加居民医保个人缴费部分，可参照当地低保对象标准资助参保，确保应缴尽缴、应参尽参。落实好困难群众门诊和住院医疗费用救助政策，夯实医疗救助托底保障功能。健全完善防范化解因病返贫致贫长效机制，完善参保动态监测、高额费用负担患者预警、部门间信息共享、风险协同处置等工作机制，常态化做好监测预警人员综合帮扶，确保风险早发现、早预防、早帮扶。积极引导慈善组织、商业补充保险、医疗互助等社会力量参与困难大病患者救助帮扶，多渠道筹措资金帮助脱贫人口和困难群众缴费参保，推动形成多元救助格局，整体提升风险防范化解能力。

七、完善医保支付管理

进一步完善和规范谈判药品“双通道”管理，推动省域内

“双通道”处方流转电子化，提升谈判药品供应保障水平。综合考虑基金承受能力、临床治疗需求等因素，及时将符合条件的医疗机构制剂、中药饮片、医用耗材、医疗服务项目按程序纳入医保支付范围，并动态调整。按照河南省《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划实施方案》要求，扎实推进支付方式改革，实现统筹地区、医疗机构、住院病种和医保基金四个全覆盖。探索门诊支付方式改革，规范精神类、康复类等长期住院病例按床日付费。统筹做好医保支持“互联网+”医疗服务医保支付有关工作，持续完善医保支持中医药传承创新发展政策措施。

八、抓好医药集中采购和价格管理工作

持续推进集采改革提速扩面和落地执行工作，将医疗机构落实集采政策纳入医保协议管理，严格医保经办审核。深化集采药品下基层专项行动，全面推行乡镇卫生院（社区卫生服务中心）为村卫生室（社区卫生服务站）代购集采药品。持续推进实施药品、医用耗材和医疗服务价格项目监测。健全运行分析和公示、通报机制，加大对违反集采政策行为的曝光力度，加强报量、采购、供应、配送、使用、回款全链条的监测监管，持续提升药品耗材“网采率”。规范药品耗材挂网工作，做好医药价格招采信用评价工作。深化药品医疗服务价格改革，做好医疗服务价格指数编制和运用。稳定价格预期，落实动态调整机制，适时开展医疗服务价格专项调整，逐步理顺医疗服务比价关系。优化医疗服务价格项目申报、审核流程，提高审核效率和质量，做好新增和

修订医疗服务价格项目经办服务工作。

九、加强医保基金使用常态化监管

扎实开展常态化监管，推进飞行检查、专项整治、日常监管、智能监管、社会监督常态化。健全完善监管制度机制、部门间协同监管机制、信用管理制度、重大事项处置机制，建立异地就医跨区域监管工作机制。压实工作责任，强化医保行政部门监管责任、医保经办机构审核检查责任、定点医药机构自我管理主体责任、行业部门主管责任和地方政府属地监管责任，构建权责明晰、严密有力、安全规范、法治高效的医保基金使用常态化监管体系，坚决守住医保基金安全底线。

加强医保基金管理，强化医保基金预算严肃性和硬约束。做好医保基金风险预警分析，提高基金管理水平，强化基金风险防控。坚持资金投入和绩效管理并重，全面实施医保基金预算绩效管理，扎实开展医保基金预算绩效目标管理、绩效运行监控、绩效评价和结果运用等工作，做好医保转移支付资金绩效评价管理工作，提高医保基金资源配置效率和使用效益。

十、提升经办管理服务水平

健全医保经办服务体系，大力推进服务下沉，不断提高基层服务覆盖面。全面落实医保经办政务服务事项清单和操作规程，持续深化标准化规范化建设。落实基本医保参保管理经办规程，优化参保缴费服务流程，做好参保缴费动员，调动群众参保缴费积极性。进一步加强居民医保缴费数据上传至国家医保信息平台

工作，持续开展重复参保数据治理，从源头上避免财政重复补助、重复享受待遇等问题。实施医保服务便民举措，持续优化医保关系转移接续“跨省通办”，落实异地就医结算，强化跨区域业务协同机制，稳步提高住院费用跨省直接结算率，推进高血压、糖尿病等5种门诊慢特病费用跨省直接结算县域可及。强化两定机构协议管理，落实费用监测和审核结算。

十一、深化医保信息平台和数据应用

依托全国统一的医保信息平台，持续深化医保电子凭证、移动支付等便民服务应用，坚持需求导向、应用牵引，实现医保电子凭证在定点医药机构挂号、取药、医保结算、打印结果报告等业务办理的全流程全场景应用，采取针对性、差异化策略，大力提升医保电子凭证激活率使用率，加快构建医保信息化惠民便民服务新生态。抓好系统接口规范改造和医保业务编码贯标工作，持续做好数据治理，积极推进医保数据基础制度体系建设和“医保数据专区”建设，规范医保数据应用模式，进一步挖掘医保数据价值，强化数据赋能医保管理、服务、改革能力。

十二、做好组织实施

各地各单位要切实提高政治站位，强化组织保障，压实工作责任，确保各项政策措施落地见效。各级医疗保障部门要全面落实医疗保障待遇清单制度，促进制度规范统一、待遇保障均衡，持续抓实抓好医保参保登记、待遇落实和经办服务，实施公平保障。财政部门要按规定足额安排财政补助资金并及时拨付到位。

税务部门要持续做好居民医保征收服务工作、方便群众缴费。各级医保、财政、税务部门，要加强工作联动和信息沟通，针对群众关切，多用会用群众喜闻乐见的宣传方式，共同做好政策宣传。



(主动公开)



2023年9月1日

