

# 济南市人民政府办公厅文件

济政办发〔2025〕4号

## 济南市人民政府办公厅 修改《关于进一步健全职工基本医疗保险 门诊共济保障机制的若干政策措施》的通知

各区县人民政府，市政府各部门（单位）：

根据《山东省重大行政决策程序规定》等规定，经研究，决定对《济南市人民政府办公厅印发关于进一步健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的若干政策措施的通知》（济政办发〔2022〕12号）部分内容作出如下修改：

将“（一）降低个人缴费负担。凡参加我市职工医保的人员，均可按规定享受普通门诊统筹待遇。自2024年1月

起，职工医保普通门诊统筹和职工大额医疗费用补助均不再实行个人缴费。”修改为“（一）降低个人缴费负担。凡参加我市职工医保的人员，均可按规定享受普通门诊统筹待遇。自2024年1月起，职工医保普通门诊统筹不再实行个人缴费。”

决定修改的行政规范性文件内容，自印发之日起施行。文件执行中，如上级提高相关待遇政策，按上级最新政策规定执行。

附件：关于进一步健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的若干政策措施

济南市人民政府办公厅

2025年11月3日

（联系人：市医保局待遇保障处，电话：68966711）

（此件公开发布）

附件

## 关于进一步健全职工基本医疗保险门诊 共济保障机制的若干政策措施

（根据 2025 年 11 月 3 日《济南市人民政府办公厅修改  
〈关于进一步健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的  
若干政策措施〉的通知》修改）

为进一步健全职工基本医疗保险（以下简称职工医保）门诊共济保障机制，提高医保基金使用效率，逐步减轻参保人员门诊医疗费用负担，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）和《山东省人民政府办公厅关于印发山东省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施方案的通知》（鲁政办发〔2021〕22 号）要求，结合我市实际，制定若干政策措施如下。

### 一、完善普通门诊费用统筹保障机制

（一）降低个人缴费负担。凡参加我市职工医保的人员，均可按规定享受普通门诊统筹待遇。自 2024 年 1 月起，职工医保普通门诊统筹不再实行个人缴费。

（二）提高政策范围内支付比例。完善门诊保障机制和改进个人账户制度同步推进、逐步转换。自 2023 年 1 月起，

职工医保参保人在三级定点医疗机构发生的政策范围内普通门诊医疗费用，统筹基金支付比例由 40% 提高至 50%，二级和一级定点医疗机构支付比例由 60% 提高至 70%，建国前老工人支付比例再分别提高 5 个百分点。自 2024 年 1 月起，退休人员在各级定点医疗机构发生的政策范围内普通门诊医疗费用，统筹基金支付比例较在职职工提高 5 个百分点，建国前老工人支付比例较退休人员再提高 5 个百分点。

（三）提高年度最高支付限额。自 2023 年 1 月起，将普通门诊费用年度支付限额原由统筹基金支付部分与职工大额医疗费用补助金支付部分合并计算，由统筹基金支付；年度支付限额由 3000 元提高至 4500 元。自 2024 年 1 月起，普通门诊费用年度支付限额由 4500 元进一步提高至 6000 元。同步完善城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）门诊统筹，到 2025 年，居民医保普通门诊统筹年度最高支付限额在 2021 年基础上提高 50% 以上。

（四）取消职工个人定点数量限制。自 2024 年 1 月起，职工医保参保人在普通门诊统筹定点医疗机构就诊不受定点数量限制，定点医疗机构间起付标准合并计算，发生的普通门诊医疗费用由统筹基金按规定支付。

（五）完善异地就医支付政策。职工医保参保人外出就医无需办理转诊手续，不限制定点医疗机构等级和数量。异

地长期居住人员备案后在长期居住地就医，基金支付比例与我市一致。临时外出就医人员在省内其他地市就医的，基金支付比例与我市一致；到省外就医的，基金支付比例降低10个百分点。

## **二、做好门诊慢特病医疗保障工作**

（六）规范门诊慢特病病种。落实全省统一的门诊慢特病基本病种目录，按要求规范病种名称和认定标准。对国家医保谈判药品中临床必需、费用较高、替代性不强、适于门诊治疗，且未纳入门诊慢特病范围的部分品种，探索建立药品单独支付政策。

（七）进一步保障高额医疗费用支出。通过门诊保障机制转换，对参保职工符合规定的高额门诊医疗费用给予进一步保障。将职工医保参保人经基本医疗保险等按规定支付后个人累计负担的门诊慢特病、普通门诊统筹和住院合规医疗费用纳入职工大额医疗费用补助范围给予二次支付，起付标准自2023年1月起由1万元降低至8000元，自2024年1月起由8000元进一步降低至6000元。其中，起付标准以上至最高支付限额以下个人按政策规定自付费用，以及起付标准以下、最高支付限额以上符合医保基金支付范围的个人负担费用和乙类目录个人首先自付费用属于合规医疗费用范围；超出国家和省相关规定的药品、医用耗材等医保支付标准的费用，不纳入合规医疗费用范围。

（八）完善日间手术医保支付。根据国家推荐目录，结合我市日间手术医保支付实践情况，逐步扩大手术病种和术式范围，参保人待遇参照住院进行管理，进一步减轻参保人费用负担，提升医保基金使用绩效。

（九）实现门诊慢特病跨省联网结算。在优化普通门诊费用跨省直接结算服务的基础上，进一步解决参保群众跨省异地就医结算过程中遇到的“急难愁盼”问题，2022年年底前实现门诊慢特病跨省联网结算。

### **三、拓宽门诊保障渠道**

（十）充分发挥定点零售药店作用。选择资质合规、管理规范、信誉良好、布局合理、已实现药品电子追溯的定点零售药店，按规定接入医保信息系统平台，开展谈判药品“双通道”（定点医疗机构和定点零售药店）管理。探索通过实施处方流转、医保结算、智能监控等信息化改造升级，将符合条件的定点零售药店提供的用药服务纳入门诊保障范围，支持外配处方在定点零售药店配药和结算，实施与定点医疗机构统一的门诊报销政策。

（十一）推动慢病诊疗服务模式创新。推进大型医疗机构慢病专区管理，开展线上线下一体化诊疗和送药上门服务，打通慢病复诊医保线上支付渠道，执行与线下相同的医保支付政策，逐步实现慢病患者从线下就诊到线上复诊的分流。

（十二）支持“互联网+”医疗服务发展。将符合条件的互联网医院纳入医保定点，将符合规定的互联网诊疗服务纳入医保支付范围。支持互联网医院开展线上线下相结合的慢病互联网预约挂号、复诊、续方、药品配送等服务，将符合规定的有关费用纳入医保支付范围，报销政策、支付标准参照互联网医院依托的实体医疗机构执行。

（十三）支持智慧中药房发展。创新医保支付方式，完善医保定点政策，探索将符合条件的独立设置的智慧中药房纳入医保定点医药机构。支持智慧中药房与定点诊所、定点基层卫生服务机构、定点医院等成立联合体，通过处方流转共享智慧中药房，解决基层医疗卫生机构门诊报销问题。

#### **四、改革职工医保个人账户**

（十四）调整统筹基金和个人账户结构。认真落实《山东省人民政府办公厅关于印发山东省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施方案的通知》（鲁政办发〔2021〕22号）确定的时间节点和计入办法，改进个人账户制度，将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。在职职工个人缴纳的基本医疗保险费全部计入本人个人账户。2022年年底，将单位缴纳的基本医疗保险费计入在职职工个人账户部分调减到现行标准的50%；退休人员个人账户计入政策保持不变。自2024年1月起，在职职工单位缴纳的基本医疗保险费不再划入个人账户，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，70周岁以下退休人员划入额度统一调整为我市2023年度基本养老金平均水平的2%，70周岁及以上退休人员划入额度统一调整为我市2023年度基本养老金平均水平的2.5%。在职转退休的职工，从退休次月起个人账户按退休人员标准划入。灵活就业人员按规定享受职工基本医疗保险待遇并建立个人账户的，有关政策按以上标准执行。

（十五）规范个人账户使用范围。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，参加居民基本医疗保险、长期护理保险、政府指导的普惠型商业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。

## **五、完善门诊保障付费机制**

（十六）推进门诊医疗费用支付方式改革。对普通门诊服务实行按人头付费等付费方式；对门诊慢特病，实行按人头付费、按病种付费等复合式付费方式；对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费；对日间手术、中医日间病房及符合条件的门诊特殊病种，探索按病种或按疾病诊断分组付费。对实行单独支付的国家医保谈判药品，不纳入定点医疗机构医保费用总额范围。



（十七）加强门诊服务协议管理。将门诊医疗服务纳入医保定点医疗机构协议管理内容，创新门诊就医服务管理办法，加强定点医疗机构的门诊住院人次比、大型医疗设备检查阳性率、医保药品配备使用率等指标监测，定期统计、分析和比较，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

## 六、加强监督管理

（十八）规范门诊就医服务。加强对参保人诊疗信息、诊断信息、费用明细等信息审核，严格落实实名制就医购药管理规定。

（十九）严肃查处违规行为。对定点医药机构及工作人员违反诊疗规范过度诊疗、超量开药、重复开药、超标准收费等行为加大查处力度，加强医保门诊共济保障基金监管，加快推进医保智能监控系统建设，发挥大数据分析核查能力，提升医保监控水平。

（二十）加强定点医药机构日常监管。严肃查处定点医药机构冒用他人身份信息，通过留存、盗刷、冒用参保人员医保凭证，以及通过“假病人”“假病情”“假票据”等方式套取骗取医保基金的行为，实现定点医药机构医保基金使用稽核检查全覆盖。

本政策措施自 2023 年 1 月 1 日起施行，有效期至 2027 年 12 月 31 日。

本政策措施由市医保局牵头组织实施并做好解释工作，

公安、财政、卫生健康、市场监管、税务等部门依据各自职能配合做好相关工作。

---

抄送：市委各部门，市人大常委会办公厅，市政协办公厅，市监委，济南警备区，市法院，市检察院。  
各民主党派市委，市工商联。

---

济南市人民政府办公厅

2025 年 11 月 3 日印发

---