

资府办规〔2022〕8号

资阳市人民政府办公室
关于印发资阳市职工基本医疗保险门诊
共济保障机制实施细则的通知

各县（区）人民政府，高新区管委会、临空经济区管委会，市级各部门（单位）：

经市政府同意，现将《资阳市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》印发你们，请抓好贯彻落实。

资阳市人民政府办公室

2022年12月26日

资阳市职工基本医疗保险门诊共济保障机制 实施细则

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,切实减轻参保职工门诊医疗费用负担,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《四川省人民政府办公厅关于印发四川省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法的通知》(川办发〔2021〕85号),结合我市实际,制定本实施细则。

第二条 以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导,按照既尽力而为、又量力而行的原则,建立健全保障基本、统筹共济的职工医保门诊保障制度。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,实现制度更加公平可持续。

第三条 各县(区)人民政府负责本辖区职工医保门诊共济保障制度的贯彻落实。医疗保障行政部门负责职工医保门诊共济保障工作的统筹协调。医疗保障经办机构(以下简称医保经办机

构)具体负责普通门诊统筹资金的筹集、管理和待遇审核、支付等工作。

第四条 本实施细则适用于参加我市职工医保的人员(含退休人员及灵活就业人员)。

第二章 个人账户使用管理

第五条 改进职工医保参保人员个人账户计入办法,单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

(一)参加职工医保统账结合的在职职工,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2%。

(二)参加职工医保统账结合的退休人员,个人账户由统筹基金按定额划入,划入额度为2022年资阳市基本养老金平均水平的2.8%,按月计入个人账户。

在职转退休,从享受医保退休待遇起调整为退休人员个人账户计入办法。参保人员达到法定退休年龄时未缴满规定的最低缴费年限,选择继续缴纳职工医保费的,按在职人员计入标准划入个人账户;选择一次性清缴职工医保费的,按清缴当月在职人员个人账户划入标准划入个人账户,以后逐月按退休人员个人账户划入标准划入。

(三)参加职工医保单建统筹的参保人员,不建立个人账户。

第六条 个人账户可以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，参加城乡居民基本医疗保险、补充医疗保险、重特大疾病保险、长期护理保险等由政府开展的与医疗保障相关的社会保险的个人缴费。

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。

第三章 门诊共济保障待遇

第七条 调整职工医保统筹基金和个人账户结构后，增加的统筹基金主要用于增强门诊共济保障，提高参保人员门诊保障水平。将参保人员在定点医疗机构、符合条件的定点零售药店发生的政策范围内普通门诊费用、购药费用按规定纳入职工医保统筹基金支付范围。

第八条 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费用统筹（以下简称职工门诊统筹）保障待遇，严格执行基本医疗保障支付范围和标准。

（一）参加职工医保统账结合的参保人员，按一个自然年度设起付线和年度支付限额，在职职工起付线 200 元、退休人员 150 元；支付比例为三级定点医疗机构和定点零售药店 50%、二

级及以下定点医疗机构 60% ,退休人员在上述相应支付比例基础上增加 10 个百分点 ;年度支付限额在职职工 2000 元、退休人员 2500 元。

参加职工医保单建统筹的参保人员享受职工门诊统筹待遇 ,年度支付限额在职职工 800 元、退休人员 1000 元 ,其他待遇与统账结合参保人员一致。

(二)参加职工医保单建统筹的参保人员 ,可申请变更为按统账结合方式参保 ,变更参保方式后不得再次变更。

以单建统筹方式参保的在职人员申请变更参保方式的 ,自变更次月起按统账结合方式费率缴费并建立个人账户 ,按规定享受相应待遇。

已达到法定退休年龄的单建统筹参保人员 ,可按统账结合参保现行缴费规定补足缴费 ,次月起享受医保待遇 ,之前的医保待遇不再补办。

(三)参保人员办理基本医疗保险关系由在职转退休 ,从享受职工医保退休待遇起 ,为其调整普通门诊统筹保障待遇。

第九条 参加职工医保并采取药物治疗的高血压、糖尿病 (以下简称“两病”)患者 ,其认定标准、用药范围、保障水平、管理服务或与城乡居民“两病”门诊用药保障保持一致。

“两病”患者符合门诊特殊疾病标准的 ,纳入门诊特殊疾病管理范围 ,执行门诊特殊疾病政策 ,不得重复享受待遇。

第十条 市医疗保障部门可根据医保基金承受能力,动态调整门诊特殊疾病待遇保障水平,逐步扩大由统筹基金支付的门诊特殊疾病病种范围,将部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的疾病门诊费用纳入门诊特殊疾病保障范围;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。

第十一条 职工医保门诊共济保障待遇仅限参保人员本人享受,年度支付限额不结转。职工门诊自然年度支付总金额计入职工医保年度统筹基金最高支付限额。

第十二条 门诊共济保障方式主要包括普通门诊费用统筹保障、“两病”门诊用药保障、门诊慢特病保障等。对政策范围内个人自付的医药费用,可纳入职工大额医疗费用补助或公务员医疗补助等支付范围,按相应规定执行。

第四章 服务与结算

第十三条 依托全省统一的医疗保障信息平台,持续推进普通门诊、“两病”门诊、门诊特殊疾病等异地就医直接结算工作。

第十四条 拓展普通门诊统筹保障服务范围,将资质合规、管理规范、信誉良好、布局合理、进销存管理系统与医保系统对接,支持电子病历和电子处方,且满足对所售药品实现电子追溯等条件的定点零售药店提供的用药保障服务,纳入普通门诊统筹保障服务范围。

支持外配处方在符合条件的定点零售药店结算和配药，参保人员在定点医疗机构门诊用药需求无法满足时，可持处方在符合条件的定点零售药店配药，以定点零售药店的支付比例按规定享受相应待遇。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。

第十五条 参保人员在具备直接结算条件的定点医药机构就医购药的，应持社会保障卡或医保电子凭证直接结算。按规定应由个人负担的医疗费用由参保人员支付；应由医保基金支付的医疗费用，由医保经办机构与定点医药机构定期结算。

第五章 管理与监督

第十六条 建立完善与门诊共济保障相适应的监督管理机制，完善管理服务措施，创新制度运行机制，引导参保人员合理利用医疗资源确保医保基金平稳运行，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。

第十七条 建立健全医保基金安全防控机制，加强门诊医疗费用医保大数据智能监控，严厉打击过度诊疗、不合理用药、个人账户套现等欺诈骗保违法违规行为。

纳入门诊共济保障服务范围的定点零售药店应当定期向医保经办机构报告流转处方、药品进销存台账和财务核算账目，以实现基金监管向“管服务、管技术、管价格”转变，确保基金安全

高效、合理使用。

第十八条 建立医保、财政、卫生健康、市场监管等部门协同联动监管服务机制。严肃查处定点医药机构、参保人员、医保经办机构违法违规行为。加强对医疗机构的监管考核，促进定点医疗机构规范诊疗行为。加强药品流通、使用环节监管，严厉打击倒卖药品等违法行为。

建立人力资源和社会保障、医保部门数据共享交换机制，及时共享资阳市退休人员基本养老金平均水平等相关数据，做好门诊费用与住院费用支付政策的衔接，稳步提高门诊保障待遇水平。

第十九条 建立个人账户全流程动态管理机制，进一步完善个人账户管理办法，严格执行基金收支预算管理，加强对个人账户使用、结算、支付等环节的审核，实现对个人账户全流程动态管理，确保基金平稳运行。

建立健全基金管理内控制度，完善经办和稽核、会计和出纳、业务和财务等不相容岗位相互制约机制、防范化解内部监管风险。

第二十条 推动基层医疗服务体系建设，完善分级诊疗和家庭医生签约服务，规范长期处方管理，引导参保人员在基层就医首诊，规范基层医疗机构诊疗及转诊等行为。

第二十一条 强化定点医药机构协议管理，及时将职工医保普通门诊共济保障纳入协议管理范畴。将优先使用医保目录药品（诊疗项目）、控制自费比例、严禁诱导院外购药、不违规开具“大

处方”、定点零售药店药品售价不高于在四川省药械集中采购及医药价格监管平台上同产品的挂网价格、符合门诊共济信息化建设标准等要求纳入协议管理，强化协议条款及指标约束作用。

(一)健全医疗服务行为监控预警提醒和分析考核机制，常态化监测医药费用增长、次均费用、目录外项目使用等指标，引导定点医药机构规范提供诊疗和用药保障服务。

(二)将定点医药机构使用医保基金情况纳入医保信用管理，加强对医药机构日常管理和定期考核，将考核结果与协议续签等挂钩，激励医药机构加强自我管理，规范诊疗行为，发挥医保基金监管激励和约束作用。

第二十二条 完善与门诊共济保障相适应的付费机制，加强门诊医药费用数据采集和分析应用。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；对日间手术及符合条件的门诊特殊病种，推行按病种付费。可结合按疾病诊断相关分组付费工作实际，探索门诊统筹支付方式改革；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，引导医疗机构和患者主动使用疗效确切、价格合理的药品。

第六章 附 则

第二十三条 市医疗保障局、市财政局可根据上级部署、医保基金支付能力、医学技术发展等情况，对门诊共济保障和个人

账户相关政策适时进行调整。

第二十四条 本实施细则由市医疗保障局负责解释。

第二十五条 本实施细则自 2023 年 1 月 1 日起施行，有效期 5 年。此前规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。