

乐山市人民政府办公室
关于印发乐山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的通知

乐府办规〔2022〕5号

各区、市、县、自治县人民政府，市级各部门：

《乐山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》已经市政府同意，现印发给你们，请结合实际认真贯彻执行。

乐山市人民政府办公室

2022年10月17日

乐山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

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，更好解决我市职工医保参保人员门诊待遇保障问题，切实减轻其医疗费用负担，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），制定本实施细则。

第二条 按照既尽力而为、又量力而行原则，坚持人人尽责、人人享有，完善制度、引导预期，加快医疗保障重点领域和关键环节改革，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，实现制度更加公平更可持续。

第三条 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 完善个人账户管理

第四条 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，灵活就业人员按个人参保缴费基数 6% 计入统筹基金。

（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 2% 。

（二）退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入额度为我市2022年基本养老金平均水平的 2.8% 。

（三）参加职工医保单建统筹的参保人员不建立个人账户。

第五条 职工医保个人账户使用范围。

（一）主要用于支付参保人员在定点医疗机构和定点零售药店发生的政策范围内自付费用。

（二）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。

（三）可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女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。

第六条 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。

第七条 参保人员办理职工医保关系在职转退休的，从享受医保退休待遇起调整个人账户计入办法。

第八条 个人账户资金可以结转使用和依法继承。参保

人员按相关规定办理医疗保险关系转移接续时，个人账户资金可随之转移。无法转移的，可提供相关证明，申请一次性领取个人账户余额，并终结在本市的职工医保关系。

第三章 门诊共济保障待遇

第九条 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。我市门诊共济保障方式主要包括普通门诊费用统筹保障、高血压、糖尿病（以下简称“两病”）门诊用药保障、特殊疾病门诊保障等。

第十条 建立普通门诊费用统筹保障制度。我市职工医保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、购药费用纳入职工医保统筹基金支付范围，提高参保人员门诊保障水平。

第十一条 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保障待遇。

（一）起付线。按年度设起付线，一个自然年度内，在职职工起付线 200 元、退休人员 150 元。

（二）支付比例。三级定点医疗机构和定点零售药店在职职工 50%、退休人员 60%；二级及以下定点医疗机构在职职工 60%、退休人员 70%。

（三）年度支付限额。在职职工 800 元、退休人员 1000 元。参保人员办理职工医保关系在职转退休的，从享受医保退休待遇起调整普通门诊费用统筹保障待遇。单建统筹人员

500 元。

（四）参保职工在市外就医购药门诊统筹待遇与市内一致。

第十二条 建立职工医保“两病”门诊用药保障机制。参加职工医保并采取药物治疗的“两病”患者，其认定标准、用药范围、保障水平、管理服务等与城乡居民“两病”门诊用药保障保持一致。

“两病”患者符合特殊疾病门诊标准的，纳入特殊疾病门诊管理范围，执行特殊疾病门诊政策，不得重复享受待遇。

第十三条 完善特殊疾病门诊政策。逐步扩大由统筹基金支付的特殊疾病门诊病种范围，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特殊疾病门诊保障范围。继续执行特殊疾病门诊待遇保障政策，特殊疾病门诊待遇保障水平由市医保局根据医保基金承受能力实施动态调整。

第十四条 统筹基金支付各类门诊共济保障的金额统一计入年度最高支付限额，按“两病”门诊用药保障、特殊疾病门诊等政策规定，应由参保人员自付的医疗费用不再纳入普通门诊费用统筹保障支付范围。

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，参保人员按规定只需支付个人负担部分费用，医保基金支付部分由医疗保障经办机构与定点医药机构定期结算。

进一步完善普通门诊、“两病”门诊、特殊疾病门诊等

异地就医直接结算管理服务工作，切实保障参保人员异地就医权益。

第四章 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，严格贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，全面加强对定点医药机构医疗服务行为、药品及医用耗材进销存等的监督和管理，实现医保基金全领域、全流程、全方位监管。

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。

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，确保基金安全高效、合理使用。

第十八条 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、信息和业务等不相容岗位相互制约机制，防范化解内部监管风险。

第十九条 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、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，支持外配处方在定点零售药店结算和配药，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。

第二十条 强化定点医药机构协议管理，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、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等要求纳入协议管理，强化协议条款及指标约束作用，健全医疗服务监控、分析和考核体系，引导定点医药机构规范提供诊疗和用药保障服务。

将使用医保基金情况纳入医保信用管理，发挥基金监管的激励和约束作用。

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。结合完善特殊疾病门诊管理措施，规范基层医疗机构诊疗及转诊等行为。

第二十一条 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。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。

第五章 附 则

第二十二条 市医保局、市财政局可根据国省部署、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。

第二十三条 本实施细则由市医保局负责解释。

第二十四条 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。