

达州市人民政府办公室
关于印发达州市职工基本医疗保险门诊共济
保障机制实施细则的通知

达市府办规〔2022〕6号

各县（市、区）人民政府，达州高新区管委会，达州东部经开区管委会，市级相关部门（单位）：

《达州市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，请认真贯彻执行。

一、积极稳妥推进。建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制是深化医疗保障制度改革的重要内容，涉及广大参保人员切身利益。各地要切实加强组织领导，建立协调机制，统筹安排，

科学决策，抓好工作落实，妥善处理好改革前后政策衔接，确保参保人员待遇平稳过渡。

二、强化工作协同。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，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，为参保人员提供优质医疗服务。加强药品生产、流通环节监管，严厉打击倒卖药品等违法行为。做好医保基金监督管理工作，严厉打击欺诈骗保行为。建立人力资源社会保障、医保部门数据共享交换机制，及时共享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。

三、注重宣传引导。创新宣传方式，丰富宣传手段，广泛开展宣传，准确解读政策。把握正确的舆论导向，充分宣传建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制对减轻参保人员医疗费用负担、促进制度更加公平更可持续的重要作用，大力宣传医疗保险共建共享、互助共济重要意义。建立舆情监测和处置机制，积极主动回应社会关切，营造良好舆论氛围。

达州市人民政府办公室

2022年11月7日

达州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，更好解决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 按照尽力而为、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 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。

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%。

退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入额度为 2022 年达州市基本养老金平均水平的 2.8%，按月计入个人账户。2022 年达州市基本养老金平均水平确定前，按 2021 年达州市基本养老金平均水平执行，待 2022 年达州市基本养老金平均水平确定后再补划差额。

第五条 个人账户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。

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。

第六条 原单建统筹方式参加职工医保的人员不建立个人账户。

单建统筹方式参保的在职人员可按规定申请变更为按统账结合方式参保。自变更之日起按统账结合方式费率缴费并按规定

享受相应待遇。

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当月调整个人账户计入办法。

第八条 个人账户资金（含改革前个人账户历年结余）可按规定结转使用和依法继承。参保职工跨统筹地区医保关系转移接续时，个人账户资金随同转移。

第三章 门诊共济保障待遇

第九条 按照本实施细则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，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符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施项目范围的普通门诊费用、购药费用（以下简称医药费）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。按自然年度设起付线和年度支付限额，一个自然年度内累计计算。

（一）统账结合方式参保人员的普通门诊费用统筹保障待遇。在职职工起付线 200 元、退休人员 150 元；在职职工支付比例为三级定点医疗机构和符合条件的定点零售药店 50%、二级及以下定点医疗机构 60%；退休人员支付比例为三级定点医疗机构和符合条件的定点零售药店 60%、二级及以下定点医疗机构

70%；在职职工年度支付限额为 1000 元，退休人员年度支付限额为 1300 元。

（二）原单建统筹方式参保人员的普通门诊费用统筹保障待遇。在职职工起付线 200 元、退休人员 150 元；在职职工支付比例为三级定点医疗机构和符合条件的定点零售药店 50%、二级及以下定点医疗机构 60%；退休人员支付比例为三级定点医疗机构和符合条件的定点零售药店 60%、二级及以下定点医疗机构 70%；在职职工年度支付限额为 550 元，退休人员年度支付限额为 700 元。

（三）参保职工在达州市外就诊或购药时，普通门诊费用统筹保障起付线、报销比例、基金支付限额等与市内一致。

（四）参保人员办理基本医保关系在职转退休，从享受医保退休待遇起，享受退休职工门诊统筹的报销比例和起付线，年度支付限额不超过退休人员支付限额。

第十一条 建立高血压、糖尿病（以下简称“两病”）门诊用药保障机制。采取药物治疗“两病”，但未达到申办门诊特殊疾病标准的参保患者，纳入“两病”门诊用药保障范围，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”门诊用药保障政策保持一致。

“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，执行门诊特殊疾病保障政策，不得重复享受待遇。

第十二条 职工医保门诊特殊疾病管理按现行政策执行。市

医保局和市财政局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。

第十三条 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、门诊特殊疾病保障等。统筹基金支付各类门诊共济保障的金额统一计入基本医疗保险年度最高支付限额。按“两病”门诊用药保障、门诊特殊疾病保障等政策规定，应由参保人员个人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。

第十四条 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。

第四章 费用结算

第十五条 参保人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药费由参保人员支付，应由医保基金支付的医药费由医疗保障经办机构与定点医药机构定期结算；非定点医药机构发生的医药费医保基金不予支付。

第十六条 按照国家和省的统一部署，完善医疗保障信息平台功能，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管理服务，切实保障参保人员异地就医权益。

第五章 管理与监督

第十七条 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。

第十八条 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。

第十九条 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。

第二十条 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。

第二十一条 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。结合完善门诊特殊疾病管理措施，规范基层医疗机构诊疗及转诊等行为。

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门诊特殊疾病管理相结合；对符合

条件的门诊特殊疾病病种，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。

第六章 附 则

第二十三条 市医保局、市财政局可根据上级政策、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 本实施细则由市医保局负责解释。

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。