

绵办规〔2022〕7号

**绵阳市人民政府办公室
关于印发绵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**

科技城管委会，各县（市、区）人民政府，各园区管委会，科学城办事处，市级各部门，有关单位：

《绵阳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，现印发你们，请遵照执行。

绵阳市人民政府办公室

2022年12月22日

绵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，更好解决绵阳市职工医保参保人员（以下简称参保人员）门诊待遇保障问题，切实减轻其医疗费用负担，根据《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）要求，结合我市实际，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 本实施细则适用于绵阳市职工医保参保人员（含退休人员、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)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²的 2%。

(二)退休人员个人账户原则上由统筹基金按定额划入,个人账户划入基数为 2022 年绵阳市基本养老金平均水平,划入比例为 2.8%。首次划入基数暂按 2021 年水平执行,待 2022 年基数水平确定后再补划差额。

(三)具体基数由市人力资源社会保障局提供,市医保局进行公布。

第五条 个人账户的使用范围:

(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。参保职工跨统筹地区医保关系转移接续时其个人账户资金随之转移。

第三章 门诊共济保障待遇

第九条 普通门诊费用统筹保障。调整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,提高参保人员门诊费用统筹保障水平。符合职工医保待遇享受条件的参保人员,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(以下简称医药费)纳入门诊统筹保障,探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。门诊统筹保障待遇政策如下:

(一) 起付线

按自然年度设1次起付线,在职职工起付线200元,退休人员起付线150元。

(二) 支付比例

参保人员在三级定点医疗机构和定点零售药店发生的医药费,统筹基金支付比例为50%、二级及以下定点医疗机构支付比例为60%,退休人员在上述相应支付比例基础上提高10个百分点。

（三）年度支付限额

在职职工医药费，统筹基金年度支付限额 2000 元，退休人员 2500 元。

参保人员办理基本医保关系在职转退休的，从享受医保退休待遇起，为其调整普通门诊统筹保障待遇。

随着统筹基金收入的增加和可支撑能力的增强，可逐步提高普通门诊统筹保障水平。

第十条 建立高血压、糖尿病（以下简称“两病”）门诊用药保障体系。参保人员经定点医疗机构按诊疗规范确诊为“两病”患者，未达到门诊慢特病标准需采取药物治疗的，按规定备案后即可享受“两病”门诊用药保障政策。

（一）用药范围

“两病”患者门诊用药范围为最新版《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》内直接用于降血压、降血糖的治疗性药物，优先选用目录内甲类药品、优先选用国家基本药物、优先选用通过一致性评价的品种、优先选用集中带量采购中选药品。

（二）保障待遇

对“两病”患者在定点医疗机构门诊发生的符合上述规定范围的医药费，不设起付线，统筹基金按 70%比例支付，年人均最高支付限额高血压 200 元、糖尿病 300 元，同时患高血压、糖尿病的最高支付限额 500 元。

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

第十一条 逐步扩大由统筹基金支付的门诊慢特病病种范围，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慢特病保障范围。将符合基本医疗保险政策规定的治疗性药品、诊疗项目纳入门诊慢特病支付范围，继续执行门诊慢性病待遇保障政策，对门诊特殊重症疾病按照住院待遇进行管理。门诊慢特病待遇保障水平可根据医保基金承受能力实施动态调整，不断健全门诊共济保障机制，逐步由病种保障向费用保障过渡。

第十二条 门诊共济保障方式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。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、门诊慢特病保障等政策规定，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。

第十三条 持续推进普通门诊、“两病”门诊、门诊慢特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。

第十四条 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

药机构发生的门诊医疗费用（急诊、抢救除外）医保基金不予支付。

第四章 管理与监督

第十五条 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。

第十六条 建立个人账户全流程动态管理机制。

（一）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。

（二）建立健全基金管理内部控制制度，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。

（三）各级医保部门要强化个人账户管理，做好个人账户收支信息统计。

第十七条 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。

（一）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监督和管理，实现医保基金全领域、全流程、全方位监管。

（二）压实医药机构主体责任、行业主管部门管理责任、医保部门监管责任，落实卫生健康、公安、市场监管、药品监管、审计等有关部门协同监管责任，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。

（三）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，确保基金安全高效、合理使用。

第十八条 健全医疗服务监控、分析和考核体系。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。结合完善门诊慢特病管理措施，规范基层医疗机构诊疗及转诊等行为。

（一）强化医保定点医药机构服务协议管理，贯彻落实协商谈判机制，按照“技术好、服务优、价格低、布局合理”的原则，

严格评审评估标准，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、严禁开具大处方、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等要求纳入协议管理，强化协议条款及指标约束作用。

（二）建立医疗服务监控预警提醒和分析考核机制，常态化监测医药费用增长快、次均费用高、目录外项目使用多等异常指标，引导定点医药机构规范提供诊疗和用药保障服务。

（三）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考核，将考核结果与医保费用年终清算、协议续签和终止等挂钩，激励医药机构加强自我管理，规范诊疗行为，发挥基金监管激励和约束作用。

第十九条 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。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。

第五章 组织实施

第二十条 加强组织领导。市级各有关部门要高度重视，切实加强领导，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的政策衔接，确保参保人员待遇平稳过渡。

第二十一条 强化部门协同。医疗保障、卫生健康、财政、人力资源社会保障和市场监管等部门要加强工作协同，确保改革有序推进。要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。要建立数据共享交换机制，共享全市退休人员基本养老金平均水平等相关数据。要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。要加强药品生产、流通环节监管，严厉打击倒卖药品等违法行为。要做好医保基金的监督管理工作，严厉打击欺诈骗保行为。

第二十二条 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医保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、互助共济的重要意义。要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。

第六章 附 则

第二十三条 市医保局、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。

第二十四条 此前规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准，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。