

攀枝花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，切实减轻参保职工门诊医疗费用负担，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），结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 坚持尽力而为、量力而行，坚持保障基本、统筹共济，坚持平稳过渡、有效衔接，在改革职工医保参保人员个人账户计账办法的基础上建立健全门诊共济保障机制，将符合规定的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围，提高医保基金使用效率，实现制度更加公平更可持续。

第三条 本实施细则适用于我市职工医保参保人员。

第二章 个人账户管理

第四条 个人账户计账办法。

（一）在职职工。

各类用人单位在职职工个人缴费全部计入本人个人账户，单位缴费全部进入统筹基金；以职工医保“一档”缴费标准参保的灵活就业人员，按缴费基数 2% 计入本人个人账户。

（二）退休人员。

退休人员（含退休后享受灵活就业人员“一档”缴费标准对应待遇的人员）个人账户按攀枝花市城镇职工基本养老保险2022年度基本养老金平均水平的2%定额计入（以“元”为单位四舍五入）。

第五条 个人账户使用范围。

个人账户主要用于支付参保人员在定点医药机构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，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有关的医疗保险的个人缴费。

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

第六条 个人账户计账办法改革后，增加的统筹基金主要用于增强门诊共济保障。门诊共济保障方式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、门诊慢特病保障等。

第七条 门诊统筹保障。

建立了个人账户且在待遇享受期内的职工医保参保人员，在医保定点医疗机构、符合条件的医保定点零售药店发生的政策范围内普通门诊费用、流转处方购药费用（以下简称“医药费”）纳入统筹基金支付范围，按规定享受普通门诊统筹保障待遇。

在职职工：一个统筹年度（自然年度，下同）起付线为 200 元；三级定点医疗机构和定点零售药店报销比例为 50%、二级及以下定点医疗机构为 60%；统筹年度最高支付限额为 1000 元。

退休人员：一个统筹年度内起付线为 150 元；三级定点医疗机构和定点零售药店的报销比例为 55%、二级及以下定点医疗机构为 65%；统筹年度最高支付限额为 1500 元。

按规定办理异地安置、异地长期居住、常驻异地工作备案等参保人员（以下简称“异地备案人员”），在备案地医保定点医药机构发生的普通门诊医疗费和返攀期间在我市医保定点医药机构发生的普通门诊医疗费，按市内居住参保人员门诊统筹待遇标准执行。

第八条 职工医保普通门诊统筹基金不予支付费用。

- （一）由其他资金（基金）保障的费用；
- （二）用个人账户支付的费用；
- （三）应由第三人负担的费用；
- （四）国家、省规定的其他不予支付的费用。

第九条 “两病”门诊用药保障。

职工医保“两病”患者纳入门诊用药保障机制管理。“两病”门诊用药保障的认定标准、用药范围、保障水平、管理服务等等与城乡居民“两病”门诊用药保持一致。

第十条 门诊慢特病保障。

门诊慢特病保障按现行政策执行。“两病”患者符合门诊慢特病认定标准的按规定纳入门诊慢特病管理，执行门诊慢特病政策，不得重复享受待遇。

第十一条 做好门诊共济保障机制内政策衔接，参保人员治疗“两病”、门诊慢特病的费用，先按“两病”、门诊慢特病政策支付，超过统筹年度最高支付限额后的门诊就诊费用按门诊统筹政策支付。门诊治疗其他疾病且符合规定的费用直接按门诊统筹政策支付。

第四章 管理与监督

第十二条 市级医保行政部门负责门诊共济保障工作的组织协调，加强基金预算管理。市级医保经办机构负责建立统一规范的职工医保普通门诊统筹经办规程，完善内部考核和费用结算办法。各级医保经办机构负责门诊医疗费用的审核和结算。

财政部门负责医保基金专户管理，对门诊共济保障政策的宣传和业务经办予以必要的经费保障。

卫生健康部门负责医疗服务体系建设，提高基层医疗机构

服务能力和水平，完善家庭医生签约服务，规范医疗机构医疗服务行为和长期处方管理。

人力资源社会保障部门负责提供 2022 年度攀枝花市职工退休人员月平均养老金数据。

第十三条 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。

第十四条 拓展普通门诊统筹保障服务范围，将资质合规、布局合理、管理规范、信誉良好，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范围。支持外配电子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+”医疗服务纳入普通门诊统筹保障范围，执行线上线下医保同等政策。

第十五条 强化医保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内容；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，引导医保定点医药机构规范提供门诊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，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行为。

第十六条 建立医保基金的安全防控机制。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、医疗费用的监管，推进基金监管常态化、制度化、精细化，实现医保基金全领域、全流程、全方位监管。进销存系统与医保智能监控系统实现实时对接，纳入门诊共济保障服务范围的定点零售药店要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，实现基金监管向“管服务、管技术、管价格”转变。压实医药机构主体责任、卫生健康部门行业主管责任、医保部门监管责任、县（区）人民政府属地管理责任，落实卫生健康、市场监管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。

第十七条 健全与门诊共济保障机制相适应的付费机制，加强门诊医药费用数据采集和分析应用，逐步探索普通门诊统筹支付方式改革，结合紧密型县域医共体和家庭医生签约服务

工作开展，将门诊统筹定点保障机构全部纳入改革范围，实行医保基金总额控制预算管理下的按病种结合人头付费，并逐步向门诊病例分组（APG）结合点数法付费发展。对不宜打包的门诊费，可按项目付费。

第五章 附则

第十八条 市级医保行政部门、财政部门可根据国家及省统一部署、我市职工医保基金支撑能力等情况，对门诊共济保障政策适时进行调整。

第十九条 本实施细则自 2023 年 1 月 1 日起实施，有效期 5 年。原有规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。