

泸州市人民政府办公室文件

泸市府办规〔2022〕6号

泸州市人民政府办公室 关于印发泸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

各区县人民政府，各园区管委会，市级各部门（有关单位）：

《泸州市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》已经市九届人民政府第13次常务会议审议通过。现印发给你们，请认真贯彻执行。

泸州市人民政府办公室
2022年7月11日

泸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，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）等精神，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，坚持统筹共济、保障基本、平稳过渡、政策连续原则，既尽力而为、又量力而行，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 按照市级统筹、分级管理、责任分担的原则，建立保障基本、统筹共济的职工医保门诊保障制度。各区县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。市医疗保障行政部门负责我市职工医保门诊共济保障工作的统筹协调。各级医疗保障经办机构（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 本实施细则适用于我市职工医保参保人员（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 改革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；按统账结合方式缴纳基本医疗保险费的灵活就业人员，其本人参保缴费基数的7%计入统筹基金；参加职工医保单建统筹的参保人员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2022年全市基本养老金平均水平的2.8%。在职转退休，从享受医保退休待遇起调整退休人员个人账户计入办法。

（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 职工医保个人账户使用范围包括：

（一）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。

（二）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。

第七条 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。

第八条 个人账户本金和利息归个人所有，可以结转使用和依法继承。参保人员跨统筹地区流动就业的，个人账户随其医疗保险关系转移划转。职工医保参保人员死亡的，其个人账户余额依法继承，他人不得冒名使用已死亡人员的医保电子凭证或社会保障卡就医或购药。

第三章 门诊共济保障制度

第九条 增强门诊共济保障功能。在做好门诊特殊疾病医疗保障工作的基础上，将多发病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围，建立健全门诊共济保障机制。调整职工医保统筹基金和个人账户结构，调整后增加的统筹基金主要用于门诊共济保障，提高参保人员门诊待遇。

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（以下简称职工门诊统筹）保障待遇。

第十一条 职工门诊统筹基金支付范围。职工一个自然年度内在定点医疗机构普通门诊发生的符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施标准范围（以下简称医保目录）以

及在符合条件的定点零售药店的政策范围内购药费用，纳入职工门诊统筹基金支付范围。在非医保定点医药机构和统筹区内未纳入门诊共济保障服务范围的定点医药机构发生的门诊医疗费用、购药费用（急诊、抢救除外）医保基金不予支付。

第十二条 职工门诊统筹待遇标准。

（一）参加统账结合人员的职工门诊统筹待遇标准。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；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；在职人员和退休人员年度支付限额分别为 800 元和 1000 元。

（二）参加单建统筹人员的职工门诊统筹待遇标准。按年度设起付线，一个自然年度内起付线为 200 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%；年度支付限额为 400 元。

（三）参保职工在我市以外其他统筹区就诊或购药时，职工门诊统筹起付线、报销比例、基金支付限额等与统筹区内一致。

（四）参保人员办理基本医疗保险关系在职转退休，从享受职工医保退休待遇起，享受退休职工门诊统筹的报销比例和起付线，年度支付限额最高不超过 1000 元。

第十三条 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、

管理服务等与城乡居民“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。

第十四条 完善门诊特殊疾病政策。根据医保基金承受能力，确定门诊特殊疾病病种，逐步扩大由统筹基金支付的门诊特殊疾病病种范围，并使用全省统一的病种名称、认定标准等。门诊特殊疾病的起付标准、支付限额、支付比例、支付范围等按我市现行政策执行，由市医保局和市财政局根据基金运行情况实行动态调整。若国家和省有新的规定，则从其规定。

第十五条 门诊共济保障方式主要包括职工门诊统筹保障、“两病”门诊用药保障、门诊特殊疾病保障等。做好职工门诊统筹与职工“两病”门诊用药保障、门诊特殊疾病保障、住院费用支付政策的衔接。按门诊特殊疾病、职工“两病”门诊用药保障等政策规定，应由参保人员个人自付的医疗费用不再纳入职工门诊统筹保障支付范围。

职工门诊统筹年度支付限额在当年度使用，不能结转到下一年度，不能转让他人使用。职工门诊统筹年度支付总金额计入职工医保年度最高支付限额。

第十六条 参保人在具备直接结算条件的医保定点医药机构门诊就医、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保经办机构与定点医药机构定期结算。

进一步完善普通门诊、门诊特殊疾病异地就医直接结算管理服务工作机制，切实保障参保人员异地就医权益。

第四章 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符合药品管理法计算机追溯体系等条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入职工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，做好收支信息统计，监测职工门诊统筹基金运行情况。

（二）加强对个人账户使用、结算、支付等环节的审核，对参保缴费进行稽核，对待遇审核、基金使用、费用结算等环节进行内部控制监督检查，实现对个人账户全流程动态管理，确保基金平稳运行。

（三）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，完善医保、财政、税务三方定期对账机制，防范化解内部监管风险。

第十九条 完善管理服务措施，有效引导医疗资源进一步合理利用。通过协同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。

第二十一条 建立健全医保基金安全防控机制。

（一）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。推进基金监管常态化、制度化、精细化，加强对定点医药机构购销存监管，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。

（二）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、区县人民政府属地责任，落实卫生健康、公安、市场监管、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，重点查处医药机构过度诊疗、不合理用药、个人账户套现、冒名就医购药、伪造医疗文书或票据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。结合区域点数法总额预算和按病种分值付费等工作实际，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。

第五章 附 则

第二十三条 根据医疗技术发展和基金运行情况，职工门诊统筹基金支付比例、政策范围内统筹基金最高支付限额等，由市医保局商市财政局适时调整。

第二十四条 此前有关政策与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。

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。

信息公开选项：主动公开

抄送：市委办公室，市人大常委会办公室，市政协办公室，市纪委监委机关，市中级人民法院，市检察院，泸州军分区。

泸州市人民政府办公室

2022 年 7 月 11 日印发
