

成都市人民政府办公厅文件

成办规〔2022〕4号

成都市人民政府办公厅 关于印发成都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

各区(市)县政府(管委会),市政府各部门,有关单位:

《成都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,现印发你们,请结合实际认真贯彻执行。

一、积极稳妥推进

要充分认识建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的重要性,统筹安排,完善相关配套措施,确保政策按期落地落实、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,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,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。建立人力资源和社会保障、医保部门数据共享交换机制,及时共享成都市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。加强药品流通、使用环节监管,严厉打击倒卖药品等违法行为。

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,合理引导预期,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、互助共济的重要意义。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。



成都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,更好解决成都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《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 本细则适用于参加成都市职工医保参保人员(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。

以统账结合方式参保缴费的在职职工(含灵活就业人员,下同),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% 。

以统账结合方式参保的退休人员,个人账户由统筹基金按定额划入,划入额度为2022年成都市基本养老金平均水平的 2.8% ,按月计入个人账户。2022年成都市基本养老金平均水平确定前,按2021年成都市基本养老金平均水平执行,待2022年成都市基本养老金平均水平确定后再补划差额。

以单建统筹方式参保的人员,不建立个人账户。

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、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。加强个人账户使用管

理,将个人账户收支信息纳入医疗保障信息管理系统监测管理。

第六条 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。除参保人员死亡、出国定居等特殊原因外,个人账户资金原则上不得提取。

第三章 强化门诊共济保障

第七条 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,提高参保人员门诊保障水平。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政策范围内普通门诊费用、购药费用按规定纳入职工医保统筹基金支付范围。不断健全门诊共济保障机制,逐步实现由病种保障向费用保障过渡。

第八条 门诊共济保障方式主要包括普通门诊费用统筹保障、“两病”(高血压、糖尿病)门诊用药保障、门诊特殊疾病保障等。

第九条 参保人员应当按照规定享受门诊共济保障待遇,不得重复享受。

第十条 门诊共济保障的基金支付范围和标准应严格执行基本医疗保障支付范围和标准。

第十一条 参加我市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。

第十二条 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,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%,退休人员在上述相应支付比例基础上提高 10 个百分点;以统账结合方式参保缴费的在职职工年度支付限额为 2000 元,退休人员年度支付限额为 2500 元;以单建统筹方式参保的在职职工年度支付限额为 880 元,退休人员年度支付限额为 1100 元。

第十三条 以单建统筹方式参保的人员,可申请变更为按统账结合方式参保,变更参保方式后不得再次变更。

以单建统筹方式参保的在职职工申请变更参保方式的,自变更次月起按统账结合方式费率缴费并建立个人账户,按规定享受相应医保待遇。

已达到法定退休年龄但不符合以统账结合方式享受退休医保待遇的单建统筹参保人员,可自愿按照成都市现行城镇职工基本医疗保险相关规定,一次性补足统账结合方式与单建统筹方式的缴费差额,自一次性补足的次月起按规定享受相应医保待遇;未补足的按单建统筹方式享受待遇,直至其按规定补足差额。

本实施细则施行后,不再新增以单建统筹方式参保的人员。

第十四条 参加职工医保采取药物治疗的“两病”患者,其“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。

第十五条 市医保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;对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗可参照住院待遇进行管理。

第十六条 参加公务员医疗补助的参保人员,在定点医疗机构发生的普通门诊费用统筹保障、“两病”门诊用药保障政策范围内个人自付的医药费,纳入公务员医疗补助支付范围,按公务员门诊医疗费用报销政策执行。

第十七条 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。

第十八条 参保人员由在职转为退休的,从享受医保退休待遇当月起为其变更个人账户计入方式。

第四章 服务与结算管理

第十九条 依托全省统一的医疗保障信息平台,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。

第二十条 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、支持电子病历和电子处方,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。

支持外配处方在符合条件的定点零售药店结算和配药,参保人员在定点医疗机构门诊用药需求无法满足时,可持处方在符合条件的定点零售药店配药,以定点零售药店的支付比例按规定享受相应待遇。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。

第二十一条 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,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,由医保经办机构与定点医药机构定期结算;因特殊情况导致定点医药机构无法直接结算的,定点医药机构应告知参保人员不能直接结算的原因、处置办法及补结算流程。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。

第五章 监督管理

第二十二条 建立完善与职工基本医疗保险门诊共济保障机制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》(国令第735号),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。

(二)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,以实现医保基金监管向“管服务、管技术、管价格”转变,确保医保基金安全高效、合理使用。

第二十三条 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,严格执行医保基金收支预算管理,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,确保医保基金平稳运行。建立健全医保基金管理内控制度,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。

第二十四条 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。

强化定点医药机构协议管理。完善定点医药机构服务协议，及时将职工医保普通门诊共济保障纳入协议管理范畴。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”原则，严格定点医药机构评审评估标准；按照分步分类、动态调整原则，完善定点医药机构管理机制。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、不违规开具“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、符合门诊共济信息化建设标准等要求纳入协议管理，强化协议条款及指标约束作用。

健全医疗服务行为监控预警提醒和分析考核机制，常态化监测医药费用增长、次均费用、目录外项目使用等指标，引导定点医药机构规范提供诊疗和用药保障服务。

将定点医药机构使用医保基金情况纳入医保信用管理，加强对定点医药机构日常管理和定期考核，将考核结果与医保费用结算、协议续签等挂钩，激励定点医药机构加强自我管理，规范诊疗行为，发挥医保基金监管激励和约束作用。

第二十五条 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。可结合按疾病诊断相关分组付费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。

第六章 附 则

第二十六条 市医保局、市财政局可根据上级部署、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。

第二十七条 本实施细则由市医保局负责具体解释工作。

第二十八条 本办法自 2023 年 1 月 1 日起施行,有效期至 2027 年 1 月 31 日。此前规定与本实施细则不一致的,以本实施细则为准。

信息公开属性：主动公开

抄送：市委办公厅，市人大常委会办公厅，市政协办公厅，市纪委监委机关，市法院，市检察院，成都警备区。

成都市人民政府办公厅

2022年10月13日印发

